Promoção da saúde

a construção social de um conceito em perspectiva comparada

Lucíola Santos Rabello

Promoção da Saúde

a construção social
de um conceito em
perspectiva comparada

Promoção da Saúde

a construção social de um conceito em perspectiva comparada

Lucíola Santos Rabello

Dedicado a Deus; a meus filhos, João, Renée, Fernando Hugo, e a minha nora Cristina, com amor e alegria

A meus pais, Fernando e Renée, *in memoriam*

A meu irmão Rabello, *in memoriam*

A Carlos Matus, professor e amigo, *in memoriam*

Sumário

Prefácio

Conheci Lucíola Santos Rabello há cerca de três lustros, quando chegava a Washington já aprovada para participar da Residência de Saúde Internacional da Organização Pan-americana da Saúde (Opas), programa subordinado ao departamento que eu, então, dirigia naquela instituição. Conosco na Opas ela permaneceu por todo o ano, integrada na área de serviços de saúde. Nossa experiência com aquele programa, que durou por 20 anos, foi das mais positivas, permitindo que profissionais provenientes dos países-membros da organização vivenciassem a experiência da cooperação técnica internacional promovida pela Opas e ao mesmo tempo observassem, numa amplitude regional, o desenvolvimento do setor saúde.

A maioria dos egressos daquele programa foi muito bem-sucedida ao retomar suas atribuições rotineiras no país de origem, e Lucíola (cujo nome indica 'ter luz própria, semelhante ao vaga-lume') não fez por menos, dedicando-se à realização de seu doutorado e optando por um tema de tese que, por sua complexidade e extensão, reflete grande disposição e fôlego para correlacionar as inúmeras arestas que o cercam e para comparar em nível internacional o desempenho alcançado na sua implementação em vários países.

A tese, agora transformada em livro, não se limita a uma pesquisa claramente delimitada, como o título poderia sugerir, mas sim constitui-se praticamente em um amplo tratado, bastante bem documentado sobre a evolução do setor saúde, o qual, poderá servir de referência para futuras gerações, que cada vez mais vão perdendo a memória dessa evolução histórica tão importante. Respalda esta afirmação uma extensa bibliografia com cerca de quatrocentas citações, entre as quais se destacam 40% dos títulos correspondentes à área socioeconômica, fato digno de destaque para um trabalho sobre o setor saúde, que expande e enriquece a argumentação analítica sobre o tema.

O livro analisa a evolução da medicina como instituição social, a saúde pública com o campo de promoção da saúde, e, nesse contexto, estuda a atenção primária e o Programa de Saúde da Família (PSF), no caso do Brasil. Nesse âmbito, depara-se com uma certa profusão consensual em relação a toda esta sequência, que se situa num terreno movediço no qual os termos mais substantivos estão sujeitos a dúbias interpretações. Poder-se-ia aplicar neste caso um comentário que é atribuído a Albert Einstein, quando dizia que "uma das maiores dificuldades encontradas no seu tempo se devia à persistente ambiguidade dos objetivos, mesmo quando já se haviam aperfeiçoado os meios de poder alcançá-los". Assim, a medicina pretende abarcar a saúde concentrando-se predominantemente na doença; a promoção, no caso da saúde, ultrapassa o significado do termo e pretende, na realidade, uma reorientação estratégica do processo assistencial; este mesmo alcance deveria ter a atenção primária/básica, embora para alguns se limite ao primeiro nível de atenção; e, em todo esse contexto, o PSF extrapola seu limite teórico para cobrir, na prática, toda a comunidade. A autora explora as mais diversas versões aplicadas na conceituação desses temas.

A ambiguidade amplia-se quando se considera a estratégia de atenção primária de saúde com outras acepções, além de ser a porta de entrada do sistema, como medicina simplificada, ou cuidado elementar, ou até, no extremo oposto, como um artifício para reorientar toda a dinâmica do sistema de saúde. Enquanto a promoção de saúde, que provém de uma visão positiva em defesa da saúde, confunde-se em termos tradicionais, com a educação para a saúde, é às vezes utilizada como sinônimo de vigilância em saúde e chega a assumir uma maior amplitude, nos dias atuais, com a conotação de propor, num contexto intersetorial e de participação comunitária, a adoção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a possibilidade de reorientar a própria dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde.

O presente livro aborda um extenso cenário, que chega a tocar em aspectos pré-históricos, porém sua essência concentra-se na promoção da saúde – tema que é tratado em sua evolução relativamente curta, desde Sigerist, em 1964, até nossos dias. A análise inclui desde uma abordagem paramédica de natureza comportamental, orientada ao que se chamou de *marketing* dos estilos de vida, aplicando a estratégia de educação e comunicação de massa, até um enfoque social mais amplo referido a condições de uma melhor qualidade de vida, num contexto universal, assumido como uma estratégia de reorientação da

atenção à saúde, acepção em que foi incorporado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como abordagem mais viável para o desenvolvimento da atenção primária da saúde.

Ao desconsiderar as designações que sugerem tratar-se de abordagens diferentes é possível observar que na realidade se procura atender com maior equidade as questões relativas à saúde, realçando seus fatores determinantes, evitando que adoeçam e cuidando ou curando os enfermos, aplicando a estratégia de atenção primária da saúde e da promoção da saúde como partes de um mesmo processo que vem numa trajetória de suposições e de incertezas tratando de orientar intervenções que favoreçam uma melhor qualidade de vida.

Nesse afã de aperfeiçoamento, foi sábia a conduta da OMS ao não alcançar a meta de 'Saúde para Todos no ano 2000', de incorporar em seu programa de ação a série de conferências internacionais que se seguiram à Ottawa, que estão referidas no presente livro e destacaram a necessidade de "garantir o acesso universal aos serviços de atenção à saúde, redimensionando os fatores condicionantes que produzem morbimortalidade". Com isto ressaltaram os processos que podem induzir à criação de ideais de saúde, mediante a completa tomada de consciência da importância da saúde e a determinação de realizar ações de impacto nesse campo, destacando a importância da intersetorialidade na busca dos impactos positivos das políticas públicas, reforçando a noção de 'empoderamento', como a capacidade de atuar e influir, e denunciando a dívida social, na busca de equidade e desenvolvimento sustentável. Chamaram, ainda, a atenção para a eliminação da iniquidade diferencial de gênero e para a necessidade de evitar a degradação do meio ambiente e preservar a biodiversidade em função das gerações futuras, tudo isto realçando a noção de interdependência e cooperação numa perspectiva global.

É interessante observar que o Brasil não esteve representado nas duas conferências principais – de Alma-Ata e de Ottawa –, no entanto, chegou a incorporar, em maior ou menor grau, as orientações emanadas desses dois eventos, a ponto de poder aproximar-se dos avanços apresentados pelo Canadá e por vários outros países, inclusive superando o desempenho em relação a alguns dos alcances. Destaca-se, em especial, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que ampliou o âmbito de participação no debate – do interior do Ministério da Saúde para participação da comunidade organizada –, influenciando a orientação do capítulo específico da nova Constituição e assentando as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O desenvolvimento em curso avança no sentido de permitir a elaboração de políticas sanitárias mais eficazes e de aclarar, de uma vez por todas, a posição do sistema formal de atenção à saúde no contexto das propostas aqui analisadas de 'Saúde Para Todos e de Promoção da Saúde'. Em todas, aparece, relegado à posição de último componente de seus respectivos planos de ação, a assistência médica, posição igual no quadro de determinantes da saúde. Obviamente, nenhuma das duas orientações, atenção primária ou promoção da saúde, pretendem anular ou mesmo reduzir a importância da atenção médica. O fato de colocarem a ação médica em último lugar na lista dos componentes principais de cada proposta deve-se, fundamentalmente, ao interesse de enfatizar que a atenção médica – usualmente mais complexa e cara, pode e deve ser antecedida por outras medidas de aplicação mais simples (até mesmo pelos próprios indivíduos), que visam a promover melhor saúde para evitar doenças ou a preveni-las por meio de medidas de prevenção individual ou proteção ambiental.

Em complemento à parte central da análise realizada, a autora apresenta, com uma visão prospectiva, o estado da arte da promoção da saúde em países desenvolvidos, mostrando os resultados obtidos e o impacto alcançado que evidenciam uma evolução favorável e representam uma influência importante para os países mais pobres, os quais, em última análise, deverão beneficiar-se ainda mais ao assumir esta orientação.

Não é raro que, no momento que ultimamos a publicação de um trabalho, quando já não há mais tempo para introduzir alguma novidade recente, surjam novas iniciativas que valeria a pena serem incorporadas, e esta obra não escapou dessa ocorrência. Entretanto, terminada a redação do texto propriamente dito, aproveito a elaboração deste prefácio para acrescentar uma informação que reforça a importância do tema. Refiro-me, especificamente, à retomada da proposta de Alma-Ata, não apenas associada à ênfase na promoção da saúde, mas também no que diz respeito à necessidade da atenção primária de saúde "Agora mais que nunca", como tratado na íntegra do Relatório sobre Saúde do Mundo de 2008 da OMS, destacando quatro prioridades que incluem:

- Reformas que contribuam para alcançar a equidade sanitária, a justiça social e o fim da exclusão, dando prioridade ao acesso universal e à proteção social em saúde;
- Reformas que reorganizem os serviços de saúde na forma de atenção primária para que sejam mais pertinentes socialmente e permitam obter melhores resultados;

- Reformas que promovam a integração das intervenções de saúde pública e da atenção primária com políticas públicas saudáveis em todos os setores;
- Reformas dos sistemas de direção e controle para uma liderança integradora e participativa, que dê conta da complexidade dos atuais sistemas de saúde.

Logo, num amplo capítulo de conclusões, nova ênfase é dada, pela autora, à integração conceitual de promoção da saúde e atenção primária como partes integrantes de uma saúde pública, que, em sua abordagem global, inclui a própria medicina clínica, redimensionando o conhecimento técnico-científico, na perspectiva da complexidade da realidade social. A autora termina fazendo a advocacia da promoção da saúde não apenas em sua conceituação teórica, mas salientando também a importância de uma aproximação com a prática. Busca com isto solucionar o impasse de criar uma mediação entre o conhecimento e a ação e encontrar os meios de incluir este conhecimento no processo de tomada de decisão de todos os atores sociais interessados na saúde.

Finalmente, aproveitando a motivação gerada por todo este trabalho e pensando nos termos práticos que o mesmo advoga, destacamos algumas das falhas mais importantes na implantação dessa proposta, que terão de ser contornadas para alcançar o êxito desejado:

- Defende-se a participação social, mas segue-se com as políticas públicas definidas exclusivamente pelos níveis oficiais;
- Advoga-se a revisão do modelo de atenção e continua-se respondendo a uma demanda curativa-individual;
- Aceitam-se os determinantes da saúde, mas não os articulam em forma intersetorial para implementação de políticas saudáveis;
- A promoção é desenvolvida com grande limitação de recursos e não se lhe incorpora o seguimento epidemiológico com indicadores adequados;
- A formação profissional ainda parece não priorizar suficientemente uma atuação orientada à promoção da saúde.

E, uma vez mais, acenamos para a necessidade de dar a conhecer o potencial da assistência sanitária, não só aos profissionais da saúde como também à população em geral, apresentando de maneira eficaz as evidências que se dispõem atualmente sobre os limites da medicina e o potencial de outros tipos de intervenção, destacando, que

> a dinâmica da transformação (proposta) tem que considerar em forma integrada os aspectos biológicos, sociais e econômicos, jogando com os determinantes da saúde e a evolução acumulativa das causas, o controle

> realista do potencial tecnológico e a reorientação do apetite da própria sociedade por uma crescente e utópica qualidade técnica, que a própria sociedade, com o apoio da equipe de saúde deve ajustar às suas possibilidades. (Callaham, 1990: 22-23)

Com esta orientação, tomada de empréstimo de Daniel Callaham, em seu livro *What a Kind of Life*,* valorizamos o esforço de Lucíola Rabello em prol de uma melhor qualidade de vida para nossas populações e lhe apresentamos nossos efusivos cumprimentos.

José Roberto Ferreira
Vice-reitor da Universidade de Brasília (UnB – 1965-1969), diretor de recursos humanos da Organização Pan-americana da Saúde (Opas – Washington, DC. 1969-1996), atual diretor adjunto do Centro de Relações Internacionais de Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Cris/Fiocruz)

* Callaham, D. *What a Kind of Life*. New York: Touchstone, 1990.

Apresentação

Este livro é originário da tese de doutorado em Ciências Sociais, intitulada *Promoção da Saúde: desafio ou adaptação? A Construção Social do Conceito, de Alma-Ata aos Dias Atuais, no Brasil e no Canadá*, do Programa de Pós-Graduação em Estudos Comparados sobre as Américas, apresentada ao Centro de Pesquisa e Pós-Graduação sobre as Américas (Ceppac) do Instituto de Ciências Sociais, da Universidade de Brasília (UnB), em 27 de novembro de 2006.

Apresenta-se a análise de como o Brasil e o Canadá incorporaram a proposta de promoção da saúde ratificada pelos estados-membros em Ottawa, no ano de 1986 em suas políticas públicas, no âmbito dos ministérios de saúde, considerando que tipo de configuração de Estado tais propostas refletem. Nesse sentido, buscou-se compreender como se deram as incorporações dos conceitos de participação social, intersetorialidade, forma de gestão e qualidade de vida. O foco de atenção temporal remete-se de 1978 a junho de 2006, no entanto, as análises apresentadas enfocam um período de tempo maior devido à necessidade de configuração histórica da discussão.

No caso do Brasil, a análise centrou-se na proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), ao se considerar como no SUS aparecem estes conceitos. No caso do Canadá, analisaram-se os diversos documentos originários da proposta e de sua evolução. Analisam-se as propostas específicas de política pública de promoção da saúde nos dois países, como também os componentes conceituais da proposta, teoricamente e em suas apropriações pelos dois países.

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica extensa cumpridora da função heurística da análise de conteúdo como tentativa exploratória, que revelou a especificidade da maioria dos trabalhos sobre promoção da saúde, correspondente à sua utilização no controle de doenças e ou de agravos à saúde. Devido a essa especificidade, optou-se por uma pesquisa ampla, no sentido da confi-

guração da construção social do conceito de promoção da saúde. Utilizou-se a pesquisa qualitativa: a análise de conteúdo, por meio da qual se buscou a correspondência entre as estruturas semânticas e as estruturas sociológicas dos enunciados (Bardin, 1977), visando à determinação das condições de produção dos textos que são seu objeto, com vistas à inferência de conhecimentos que lhes estão relacionados.

As fontes empíricas utilizadas foram: os documentos das conferências sobre promoção da saúde, sete internacionais, sendo um latino-americano e um caribenho; os acordos realizados no âmbito da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e Organização Mundial da Saúde (OMS); artigos de renomados autores dos dois países sobre a promoção da saúde que influenciaram suas propostas e documentos oficiais dos ministérios da Saúde, do Brasil, e da Saúde e Bem-Estar, do Canadá.

Pesquisar sobre a construção social de um conceito remete a uma ampla gama de disciplinas inter-relacionadas, porque a teoria social não é propriedade de nenhuma especificamente, inclusive a história, sobretudo tendo em vista a afirmação de Canguilhem (1990) sobre ser sempre preciso interrogar o passado quando se deseja iluminar os problemas que nos desafiam no presente.

Nesse sentido, optou-se pelo enquadramento histórico – fundamentado pela configuração do Estado em diferentes épocas – incluindo a história da medicina, a história da saúde pública e da promoção da saúde, mostrando-se as grandes linhas da transformação do papel social do saber médico e suas múltiplas apropriações pelas instituições centrais de governo e pelos profissionais, expressando-se na saúde pública e na promoção da saúde. Esta contextualização histórica foi também demandada pelo próprio processo organizacional da saúde nos dois países estudados, considerando-se que os séculos anteriores foram fundamentais para a configuração de seus sistemas nacionais de saúde.

O livro focaliza, conforme assinalado, a perspectiva dos ministérios da Saúde, do Brasil, e da Saúde e Bem-Estar, do Canadá, pontos principais do sistema de saúde, o que pressupõe uma delimitação de maior poder e da função social do Estado, portanto, a necessidade das discussões sobre a medicina como instituição social, a crise do estado, o estado neoliberal, a cooperação técnica internacional em saúde, a modernidade, a boa sociedade como possibilidade da promoção da saúde, entre os outros temas abordados. Em cada capítulo discutem-se os temas relacionados, até que no capítulo 3 concretizam-se estas discussões em relação à saúde pública e à promoção da saúde no Brasil e no Canadá, respectivamente, para compará-los.

Outra consideração importante é a referência às questões internacionais, que se dá porque a promoção da saúde, na significação contemporânea, que é uma política pública de saúde mundial, portanto apresenta total envolvimento dos organismos internacionais de saúde em sua disseminação, pois toda a documentação oficial deriva-se dos acordos assinados nas conferências internacionais respectivas. O elemento não esperado no início da pesquisa foi a participação dos organismos internacionais relacionados ao comércio e à regulação econômico-financeira dos países, como a Organização Mundial do Comércio (OMC) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), haja vista que já se conhecia a atuação do Banco Mundial (Bird) na área da saúde, ainda que não se soubesse a respeito do alto valor de seus financiamentos em relação à disponibilidade da OMS, sede central e regionais. No entanto, é bastante compreensível, sobretudo pelo fato de a OMS depender dos aportes financeiros dos países-membros e de ter ocorrido uma diminuição progressiva desses aportes a partir do final dos anos 80.

O tema da promoção da saúde apresenta uma racionalidade teórica de múltiplos matizes, estreitamente relacionada ao desenvolvimento e à aplicação do saber médico mediado pela contextualização política dos países em termos de suas expressões na saúde pública, revelando assim paradigmas consagrados, como é o flexeneriano e/ou paradigma em processo de afirmação como o sócio-ecológico-político, ambos apresentados neste livro, embora não sejam os únicos em discussão. Verifica-se também a inseparabilidade entre ciência e ideologia, valores e crenças, a relação entre teoria e prática e a importância da tecnologia em saúde, que repercute tanto nas ações de governo, gerando pressões por demandas de custos elevados, quanto na percepção das pessoas sobre as ofertas de atenção à saúde, veiculadas em sua maior parte pela *mass media*.

A promoção da saúde nos dias atuais demanda que a prática da atenção à saúde transcenda os conceitos normativos da medicina, em suas expressões clínicas e/ou de saúde pública, precisando ser construída e reconstruída em reconhecimento da realidade das experiências de vida dos pacientes, do significado existencial das suas condições e situações, o que do ponto de vista dos âmbitos federais de gestão pública implica também a consideração da participação política da sociedade civil organizada.

A importância da discussão sobre a medicina, a saúde pública e a promoção da saúde deve-se à imbricação desses processos de desenvolvimento do cuidar da saúde, seja individual, seja coletiva. E na perspectiva da apropriação de conteúdos das ciências sociais, configura um imperativo à conformação da

construção social desses âmbitos do conhecimento e da práxis. O entendimento do processo histórico dimensiona os fatos da realidade social, neste caso relacionados à saúde, em cada contexto de suas ocorrências, o que certamente pode possibilitar uma compreensão mais abrangente das categorias sob análise.

Nessa perspectiva, nenhum conceito ligado à promoção da saúde é consensual, objetivo, o que implica não se poder isolar ou colocar o fiel da balança na comunidade ou nas instituições, sendo este um jogo onde todos têm suas responsabilidades. A promoção da saúde precisa ser compreendida como um processo em permanente construção e reconstrução, demandador de todos os conhecimentos do saber médico, da apropriação dos saberes da saúde pública, bem como de todos os outros campos do conhecimento que em cada momento dado estejam relacionados às ações a serem realizadas em face dos problemas detectados. E certamente sem prescindir da participação consciente da sociedade civil e/ou dos indivíduos isoladamente; da interdisciplinaridade, a depender das questões sob análise. Este é um requisito fundamental para que a atuação do âmbito central do sistema de saúde, escopo da discussão apresentada neste livro, considere a realidade social, a partir de suas múltiplas e complexas dimensões.

No primeiro capítulo discute-se a medicina como instituição social, a crise do estado e a modernidade. O segundo capítulo trata da saúde pública e do campo da promoção da saúde, como discussões de aportes teóricos, sobre o estado neoliberal, a sociedade civil e a cidadania e a cooperação técnica internacional em saúde. O terceiro traz a comparação entre Brasil e Canadá, apresentando os conceitos das variáveis em estudo e os acordos das conferências e da Opas/OMS sobre promoção da saúde além da delimitação da saúde pública e promoção da saúde em cada país e finaliza apresentando os resultados da comparação propriamente dita. O último capítulo apresenta o estado da arte da promoção de saúde em países desenvolvidos, para, em seguida, apresentarem-se as conclusões. Há um encadeamento lógico entre os capítulos, sendo que cada um deles fornece subsídios para as análises posteriores.

Um trabalho dessa natureza implica necessariamente o concurso de muitas pessoas, às quais desejo agradecer: professor dr. Benício Viero Schmidt, professor orientador; professores doutores Lia Zanotta Machado, Danilo Nolasco Cortes Marinho, Anna Vicentini F. de Azevedo, Mireya Suarez de Soares, Sonia Maria Ranincheski, Maria das Graças Rua e Elisabeth Cancelli, Henrique Carlos de Oliveira de Castro, Maria Cristina Amorim e Pedro Sadi Monteiro e professor doutor *honoris causa* José Roberto Ferreira, e os drs. João

Baptista Risi e Miguel Malo, ambos da Opas (Brasil). A todos os funcionários do Ceppac pelo suporte ao doutorado. Às bibliotecárias Fernanda dos Santos Nahuz, Raquel Machado Santos, Janne Cury Nasser, Moema Malheiros Pontes e Cristiany Ferreira Borges. Aos colegas de doutorado pelo convívio e suporte mútuos. Aos meus pacientes e aos meus alunos, pela oportunidade de crescermos juntos. Aos amigos de ontem, de hoje, aos de sempre e aos que virão.

E ....

É com muita gratidão e alegria que apresento este livro.

Introdução

Como Abordamos a Promoção da Saúde

A 'promoção da saúde' é uma proposta de política pública mundial, contemporânea na saúde pública e disseminada pela Organização Mundial da Saúde a partir de 1984.

A proposta da 'promoção da saúde' aprovada em Ottawa, na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986, constitui-se em um novo paradigma. Transcrevendo Kuhn: "considero 'paradigmas' as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência" (Kuhn, 1992: 13). O paradigma que está sendo questionado com a 'promoção da saúde' é o flexeneriano, que se expressa através do individualismo, da especialização, da tecnologização e do curativismo na atenção à saúde, predominantes nas práticas de saúde.

Tal conflagração de um novo paradigma em saúde, da incorporação dos conteúdos sociais nesta abordagem, como uma tentativa efetiva dos atores sociais de ampliarem a apropriação da interdisciplinaridade em seu processo de trabalho cotidiano, possibilita a compreensão de que o tema da saúde é social e não somente uma questão técnica e está diretamente relacionado com a forma de sociedade e de Estado.

Como afirma Henry Sigerist (*apud* Ferreira 2002: 3), ao propor a inclusão do tema social nas discussões e práticas da saúde pública,

> a saúde promove-se proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer [...] que se logra com o esforço coordenado de políticos, setores sociais e empresariais, educadores e médicos, cabendo a estes últimos, definir normas e fixar estandares.

Trata-se, portanto, de um processo que transcende a medicina *stricto sensu*, pois pode permitir entender o tema no seu contexto societário, de relações políticas, e, dessa forma, nas suas implicações institucionais como políticas públicas, o Estado. Henry Sigerist é considerado o mais importante precursor da 'promoção da saúde', em sua acepção atual, inclusive por sua indicação sobre a importância da intersetorialidade para a saúde (Ferreira, 2002).

Cabe destacar que a 'promoção da saúde' foi primeiramente implantada em países como Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, Bélgica, dentre outros. Uma das características marcantes é ter sido implementada originariamente nestes países, considerados desenvolvidos, e somente na década de 1990 é que se tem a implantação da 'promoção da saúde' nos demais países. As discussões iniciais naqueles países deram-se em torno dos altos custos da atenção à saúde sem uma correspondência de melhoria do quadro sanitário da população. Centravam-se no dilema da alocação de mais recursos ainda que tais recursos fossem vencidos pelas condições de saúde da população, devido ao envelhecimento e agravamento das patologias crônico-degenerativas. Essa implantação começa com as proposições de mudanças de estilos de vida.

Como uma primeira tentativa de resposta, pode-se apontar que o esforço econômico do Estado na saúde não estava sendo eficaz, na conjuntura desses países, ainda que suas sociedades tivessem boas condições materiais e de infraestrutura. Não basta promover políticas de atendimento de saúde se não há a correspondência em qualidade de vida, como entende Amartya Sen (1999).

O paradigma da 'promoção da saúde' aprovado na Carta de Ottawa, como campo conceitual, metodológico e instrumental ainda em desenvolvimento, traz, em seus pilares e estratégias, potenciais de abordagem dos problemas de saúde. Assume a saúde em seu conceito amplo, pauta a discussão sobre qualidade de vida e pressupõe que a solução dos problemas está no potencial de contar com parceiros e de mobilização da sociedade. Trabalha com o princípio de autonomia dos indivíduos e das comunidades, reforça o planejamento e o poder local.

Abordar essa discussão, não como uma normalização do conhecimento científico da saúde, mas como um conceito social, torna relevante a apropriação da noção de campo de Pierre Bourdieu (1989) porque auxilia na compreensão das múltiplas interações sociais, mesmo que possam ser estudadas separadamente. O campo da saúde possui características específicas, mas absorve as influências de todos os outros campos da realidade social.

Segundo Bourdieu, há uma cultura dominante que integra a sociedade de modo simbólico e dessa forma legitima a ordem estabelecida por ela. Isso se daria pelas distinções demarcadoras das hierarquias carregadas de ideologias que servem interesses particulares, ainda que apresentados como universais e comuns ao conjunto dos grupos sociais envolvidos.

Esta integração é simbólica porque há uma falsa consciência das classes dominadas, pois esse efeito ideológico dá-se através da dissimulação da função de divisão entre o que é comunicado e seus instrumentos de distinção, diferenciação, o que compele todas as culturas a definirem-se pela sua distância em relação à cultura dominante (Bourdieu, 1989). Nesse sentido, a existência de um campo de produção especializado é condição para o aparecimento de uma luta entre a ortodoxia (ordem estabelecida como natural) e a heterodoxia.

O conceito de campo distingue-se por delimitar um conjunto de práticas sociais em relação à consecução de determinados interesses que configurarão um espaço social conflitivo. O poder está 'invisível', por ser simbólico e definido por meio de uma relação determinada, entre os que exercem o poder e os que lhe estão sujeitos. A interação ocorre na própria estrutura do campo em que se produz e se reproduz a crença na legitimidade das palavras e daqueles que as pronunciam, o que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força, física ou econômica, graças ao efeito específico da mobilização (Bourdieu, 1989).

O nível de organização social-estatal está relacionado ao modo de incorporar a 'promoção da saúde' na política geral de produção social e, portanto, importa esclarecer os enunciados da promoção da saúde nas políticas públicas de saúde do Brasil e do Canadá, bem como os tipos de configuração de Estado que estes enunciados expressam. Verifica-se como a construção social de um mesmo conceito em saúde pública é diversa em diferentes países, apesar de adotarem por definição o estabelecido pela Carta de Ottawa (1986), por meio da assinatura dos acordos firmados durante as Assembleias da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)[1]/Organização Mundial da Saúde (OMS).

A inserção da 'promoção da saúde' no escopo das ciências sociais, demandando este aprofundamento do conhecimento, leva necessariamente a várias abordagens diferenciadas, o que torna esse tema bastante controvertido.

[1] A capacidade da Opas como organismo intergovernamental é a de formular políticas com um nível de generalidade que possa captar a aprovação dos países-membros, e a partir das assinaturas dos acordos estes passam a ser linhas condutoras e suas aplicações dependerão das decisões de cada país em particular; portanto, os acordos inicialmente firmados representam somente os primeiros passos rumo a implementações.

Para alguns cobre a totalidade dos serviços sanitários; para outros é sinônimo de prevenção; e ainda há os que a entendem como um campo de saúde que delimita um novo paradigma. Entende-se, no entanto, a 'promoção da saúde' como um processo em construção da saúde pública, na realidade social,[2] o que não impede, porém, de serem buscadas explicações e respostas para a comparação de seus enunciados no Brasil e no Canadá e de se considerar tratar-se, de fato, da construção de um novo paradigma para a saúde.

A medicina, para ser exercida em sua expressão mais inclusiva, necessita utilizar conhecimentos próprios da antropologia, da sociologia, da ciência política e da filosofia, sobretudo na busca de transformar a realidade social por meio do proposto no enunciado da promoção da saúde, como expressão de qualidade de vida. O foco de atenção aqui utilizado está na construção sociológica, no entanto, para Anthony Giddens e Jonathan Turner: "não se deve considerar a teoria social propriedade de nenhuma disciplina, pois as questões referentes à vida social e aos produtos culturais da atividade humana permeiam as ciências sociais e as humanidades" (Giddens & Turner, 1999: 7-21), e, no caso em estudo, a própria medicina, em sua vertente da saúde pública.

Em Karl Mannheim (1986), encontra-se a sustentação de que nenhuma análise sociológica será definitiva e/ou abarcará a abrangência do fenômeno social sob estudo, de uma forma que gere um consenso por parte dos que a analisarão. Isso ocorre devido à perspectiva de análise da realidade ser diversa para os diferentes atores sociais.

Duas tendências são abordadas: a de campo de saúde e a de prevenção, correspondendo aos dois paradigmas, o que inclui o conceito de qualidade de vida e o flexeneriano, respectivamente. Não se discute filosoficamente os paradigmas, apenas se situa a 'promoção da saúde' nestas duas vertentes como proposta de atuação na atenção à saúde.

Em 1978, a Declaração de Alma-Ata[3] torna-se um marco, pois estabelece a proposta da 'atenção primária à saúde'. Essa declaração amplia a visão do

---

[2] Conceito weberiano: atuação humana dotada de sentido, substituindo as noções de causa e função, com um caráter limitado e relativo da objetividade, ao reconhecer que esta não pode ser fundada em valores culturais universais, mas naqueles valores que, em uma determinada época, tornam-se dominantes (Blanco, 2004).

[3] A Declaração de Alma-Ata é produto da Conferência do mesmo nome, pois foi realizada nesta cidade da ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), com a presença dos Estados-Membros da OMS, para redirecionar as atividades do setor saúde, com vistas às correções das desigualdades sociais dela decorrentes (Mahler, 1981).

cuidado à saúde: sai da visão hierárquica do conhecimento especializado (do médico, principalmente, e de todos os outros profissionais da equipe de saúde) e incentiva o envolvimento da população (como paciente, individualizado, e como população). Supera o campo da atenção convencional dos serviços de saúde, valorizando a atenção primária como componente central do desenvolvimento humano. Dessa forma, ressalta os fatores necessários para propiciar a qualidade de vida e o direito ao bem-estar social. Firma o compromisso da meta de 'Saúde para todos no ano 2000' ao mesmo tempo que estabelece que esta possibilidade se dá a partir da estratégia de 'atenção primária à saúde'.

A compreensão do termo 'atenção primária à saúde', pela OMS, é a de assistência sanitária baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, a um custo que a comunidade e o país possam suportar. Com base nessa forma de atender a população, todos os membros da comunidade deveriam ter acesso à atenção primária à saúde e todos deveriam participar dela. Além do setor sanitário, devem estar implicados também outros setores relacionados com a saúde, tais como educação, habitação, trabalho, saneamento, entre outros. Dessa forma, a 'atenção primária à saúde' está estreitamente vinculada com a 'promoção da saúde' e a prevenção de enfermidades. Em síntese, a 'atenção primária à saúde' não abandona a dimensão setorial, técnica, mas inclui outras dimensões.

Outra vertente considera que a 'atenção primária à saúde' é uma atenção de primeiro contato que assume uma responsabilidade longitudinal em relação ao cidadão, esteja este enfermo ou não, e que é o elemento integrador dos aspectos físicos, psicológicos, sociais da saúde. Um autor importante para a defesa dessa abordagem é Mário Testa (1984).

Cabe ressaltar que essa vertente só acontece se houver o entendimento do pessoal de saúde sob esse aspecto e se a população fizer o movimento de entrar em contato com o serviço, independente de estar enferma ou não. Isto requer mudanças na intervenção do Estado e também mudanças de entendimento da própria população sobre a saúde. A atuação do Estado deveria ser mais educativa e informativa ao invés de apenas ressaltar as características da doença e da tecnologia, por exemplo. Em um plano mais resolutivo de processo não haverá mudanças significativas se houver apenas mudanças no Estado e/ou somente pela população.

Nesse sentido, a 'atenção primária à saúde' implica acessibilidade, cobertura global, responsabilidade, coordenação e continuidade.[4] Além disso, implica também atender aos requerimentos epidemiológicos[5] das populações, o que pode significar que, em uma determinada área com predomínio de casos de complicações cardiológicas, seja parte da 'atenção primária à saúde' a criação de um centro de cardiologia com tecnologia de ponta.

O conceito de saúde pública não pode estar restrito aos serviços de saúde, pois são requeridas as transformações políticas, sociais, econômicas, imprescindíveis à configuração do bem-estar social (Starfield, 1992). Sendo a equidade o elemento central desse conceito de saúde e não o desenvolvimento econômico, é necessário pensar em uma justiça distributiva para o alcance da meta proposta de 'saúde para todos', retomando o desenvolvimento como proposta global e incluindo saúde e educação como prioridades.

Nessa perspectiva de raciocínio, a definição de saúde da OMS é "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença e debilitamento" (OMS, 1948). Essa definição é uma primeira tentativa de superação da perspectiva de saúde apenas como conhecimento científico aplicado. E essa proposta de ampliar o entendimento da atenção à saúde para além da técnica estrutura-se com o *Relatório Lalonde*, em 1974, cujo marco é o questionamento da política pública de saúde canadense de investir seus recursos prioritariamente em serviços assistenciais aos agravos de saúde, desconhecendo os fatores sociais que causam estes agravos.

Marc Lalonde, então ministro de Saúde e Bem-Estar do Canadá, publica o documento de trabalho *A New Perspective on the Health of Canadians: a working document*, (Canadá, 1974), no qual reconhece que a análise do campo da saúde apresentava um problema fundamental – a carência de um quadro conceitual comum que permitisse separar seus componentes principais. Essa carência tornava difícil comunicar-se adequadamente ou desagregar o campo da saúde em segmentos flexíveis que se prestassem à análise e à avaliação.

---

[4] Acessibilidade, segundo Andersen e Aday (1992), é o meio através do qual o paciente consegue ingressar no sistema de 'atenção à saúde' e continuar frequentando de acordo com suas necessidades de atenção; cobertura global é a capacidade do pessoal de saúde para atender a maior parte dos casos que se apresentam na população a qual servem. Responsabilidade é a possibilidade de prever os efeitos do próprio comportamento e de corrigi-lo com base em tal previsão (Brasil, 1988; Abbagnano, 1999). Coordenação é o processo de ordenação metódica no uso de todos os recursos demandados pelas atividades da área da saúde e suas áreas correlatas (Sonis, 1983). Continuidade social é a permanência de certos elementos, motivos ou fatores entre as várias fases do processo social (Abbagnano, 1999).

[5] Epidemiologia é a especialidade de saúde que estuda a ocorrência dos agravos nas populações. Este tipo de análise da atenção primária à saúde está em textos de Navarro (1984), neste caso se estaria percebendo a atenção primária como primeira e não como a mais simplificada.

Para Marc Lalonde, existia uma necessidade premente de organizar os milhares de fragmentos em uma estrutura ordenada, intelectualmente aceitável e suficientemente simples, de modo que permitisse rapidamente localizar todas as ideias, problemas ou atividades relacionadas com a saúde: necessitava-se de uma espécie de 'mapa do território da saúde'. Este conceito contempla a decomposição do campo da saúde em quatro componentes amplos: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde (Lalonde, 1996: 3-6).

A aplicação da proposta de Marc Lalonde mostrou-se polêmica, porque colocou foco na transformação dos estilos de vida. Desse modo, recebeu críticas sobre a possibilidade de estar 'culpando' os próprios pacientes (*victim blaming*) de suas enfermidades. Nesse sentido, o enfoque adotado foi essencialmente behaviorista, associado à educação para a saúde, levando à criação do Departamento de Promoção da Saúde no Ministério da Saúde e Bem-Estar. O ministro Jack Epp, que substituiu Lalonde, acata as críticas, extingue esse Departamento e convoca a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, no que é apoiado pela OMS. Esta conferência, realizada em Ottawa, tinha como objetivo ajustar a política de saúde canadense à prática dos preceitos de Alma-Ata. Dessa forma, a Carta de Ottawa, produto dessa conferência, redefine a 'promoção da saúde' no âmbito ampliado anteriormente referido, pois incorpora a estratégia da 'atenção primária à saúde', a intersetorialidade, a participação social, o *empowerment* e a reorientação dos serviços assistenciais (Ferreira, 2002).

No início da década de 1980 (Kickbusch, 1996a), o Canadá era o único país que dispunha de uma Direção Geral de Promoção da Saúde com relatos de que projetos com participação da sociedade teriam tido êxito. Isso possibilitou um trabalho de cooperação com a OMS, através da Oficina Regional da Europa, que postulou que a 'promoção da saúde' era muito mais abrangente do que a educação em saúde, culminando com a criação, em 1984, de um Programa denominado Promoção da Saúde.

Foi produzido um documento de discussão sobre o conceito e os princípios da 'promoção da saúde', que a definiu como o processo que permite às pessoas adquirir maior controle sobre sua própria saúde (Kickbusch, 1996a). Essa perspectiva deriva de um conceito de saúde significando a magnitude em que um indivíduo ou grupo podem, por um lado, realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades e, por outro, mudar seu entorno ou enfrentá-lo. A saúde é, portanto, considerada recurso aplicável à vida cotidiana e não

objetivo dessa vida; é um conceito positivo[6] que se apoia nos recursos sociais e pessoais e também na capacidade física.

Nesse documento da OMS, foram propostos cinco princípios fundamentais para a 'promoção da saúde':

1. A 'promoção da saúde' afeta a população em seu conjunto no contexto de sua vida diária e não se centra nas pessoas que correm o risco de sofrer determinadas enfermidades;
2. A 'promoção da saúde' pretende influir nos determinantes causais ou causas das doenças;
3. A 'promoção da saúde' combina métodos ou enfoques distintos, porém complementares;
4. A 'promoção da saúde' orienta-se claramente a conseguir a participação concreta e específica da população;
5. Os profissionais de saúde, particularmente no campo da atenção primária, devem desempenhar um papel de grande importância na defesa e facilitação da 'promoção da saúde'.

Foram também propostas cinco áreas temáticas, quais sejam:

1. Acesso à saúde, ingresso e permanência no sistema de saúde;
2. Desenvolvimento de entorno facilitador da saúde, o ambiente das pessoas propiciando saúde, desde o mais restrito até o meio ambiente propriamente dito;
3. Reforço das redes e apoios sociais, comunicação entre as pessoas e organizações com vistas à saúde;
4. Promoção dos comportamentos positivos para a saúde e das estratégias de enfrentamento adequadas, um objetivo essencial para a 'promoção da saúde', estilos de vida saudáveis;
5. Aumento dos conhecimentos e difusão da informação relacionada com a saúde, em condições de entendimento para todos os interessados.

Dois anos depois, foi elaborado um documento, ratificado pelos representantes dos países presentes à Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, realizada no Canadá, chamado a Carta de Ottawa, já referida. Esta carta coloca a promoção da saúde como um campo da saúde

[6] Um estado positivo de saúde está mais relacionado com o progresso pessoal do que com a simples resolução de problemas. O estudo do estado positivo de saúde transcende de modo claro a preocupação tradicional da medicina em preservar e restaurar a saúde (Nutbeam, 1996).

pública, estabelecendo as bases para seu desenvolvimento conceitual e para o surgimento de experiências políticas e de intervenções no mundo inteiro.

A conferência representa o marco da promoção da saúde como possibilidade de política pública para todos os países no âmbito da OMS/Opas. A meta de 'Saúde para Todos no ano 2000', adotada na conferência de Alma-Ata, passa a ser chamada apenas de 'Saúde para Todos' sem um período de tempo determinado. Essa meta torna-se ao longo de todos esses anos um imperativo ético, social e político (Franco, 2000). A partir dessa formulação pode-se levantar o questionamento sobre como colocar em prática este desafio.

A meta 'Saúde para Todos no ano 2000' foi política de saúde predominante no último quartel do século XX (Cohen, 2001). Tal meta, em determinados momentos, foi concebida como estratégia; em outros, como objetivo que se circunscreveu a compromissos pontuais, sendo parte de uma política mundial da saúde, em que pese os diferentes entendimentos e utilizações do conceito pelos países. Como essa meta não se cumpriu no prazo inicialmente proposto, o ano 2000, a OMS, observando a boa aceitação pelos países da Carta de Ottawa, adota a 'promoção da saúde' considerando que ela ajustava a ideia de promoção aos preceitos da atenção primária à saúde, principalmente os de políticas intersetoriais e de participação social. Assim, pôde ser desenvolvida uma continuidade da Declaração de Alma-Ata sem no entanto haver um retorno ao 'criticismo' inicial do não cumprimento da meta 'Saúde para Todos no Ano 2000', como se pode concluir a partir de análise de todos os documentos elaborados nas conferências que se seguiram (Ferreira, 2002).

São muitas as análises sobre a meta 'Saúde para Todos no Ano 2000', inclusive as que se referem às metas especificadas no documento-base, ainda que centradas nos aspectos mínimos e quantitativos. Uma delas defende que o não cumprimento da proposta no prazo estipulado fundamentalmente se deu porque as políticas intersetoriais e a participação social foram tomadas como retórica e pouco desenvolvidas, pois os dirigentes da saúde, por influência do pensamento médico flexeneriano, fixaram-se nos pontos da Declaração de Alma-Ata mais ajustados ao processo usual do trabalho médico (Ferreira, 2002). Pode-se dizer que ocorreu o cumprimento técnico de muitos dos indicadores propostos, muitas vezes por inércia das tendências anteriores, mas também pelo compromisso com "um modelo alternativo mais justo para a humanidade" (Franco, 2000: 220-232).

Como referido, 'a promoção da saúde' foi adotada majoritariamente nos países desenvolvidos. A partir de 1994, começa a ser incluída na agenda da

saúde pública dos países da América Latina, ampliando as possibilidades dos serviços públicos de responder aos problemas de saúde em toda sua complexidade. A formulação de políticas, a implementação de intervenções e os debates acadêmicos evidenciam o potencial de construção de uma proposta de promoção da saúde nos países da América Latina, a partir de suas próprias condições, problemas e potencialidades.

Estas novas incorporações implicam considerar que a crise dos modelos de atenção à saúde é parte de uma crise global, a crise da modernidade. Segundo Anthony Giddens (2002), a modernidade pode ser entendida como aproximadamente equivalente ao 'mundo industrializado' desde que se reconheça que o industrialismo não é sua única dimensão institucional. Trata-se de relações sociais implicadas no uso generalizado da força material e do maquinário no processo de produção. Em um sentido geral, refere-se às instituições e aos modos de comportamento estabelecidos pela primeira vez na Europa depois do feudalismo, mas que somente no século XX tornaram-se mundiais em seu impacto.

A perspectiva dessa crise de modernidade remete a outro ponto: as diferentes formas de olhar e de explicar a realidade social. Para Marcel Mauss,[7] a sociologia é uma disciplina que tanto pode abarcar uma visão geral da realidade coletiva quanto uma análise profunda, tão completa quanto possível. Neste caso, obrigar-se-ia a estudar o detalhe com uma fonte de exatidão tão grande quanto àquela do historiador.

Assim, pode-se dizer que toda explicação sociológica está contida dentro de uma dessas três situações seguintes: liga uma representação coletiva a outra representação coletiva; liga uma representação coletiva a um fato da estrutura social como a sua causa; ou liga fatos da estrutura social a fatos das representações coletivas que lhes são determinadas. Consubstanciada por este autor, assume-se que a explicação sociológica é independente de toda metafísica. Deve-se levar em consideração, porém, as representações coletivas na dimensão de crenças e valores da população.

Considerando-se a saúde, e, em particular a construção social da 'promoção da saúde', a orientação sociológica requer uma clara distinção conceitual entre a compreensão de doença como um fenômeno natural e doença em termos da configuração da vida humana em uma dada sociedade. Esta última muda com o tempo e as circunstâncias.

[7] Mauss (1985).

Segundo Philippe Adam e Claudine Herzlich (2001: 10), “a primeira análise sociológica sobre a doença e a medicina na sociedade contemporânea, definindo o papel social do médico e do doente” ocorreu em 1948, pelo sociólogo americano Talcott Parsons. Depois dele, vários outros sociólogos trataram do tema, tais como: Robert King Merton, August Hollingshead, Renée Fox, Howard Becker, Erving Goffman, Elliot Freidson, Anselm Strauss e outros. Os resultados alcançados são considerados importantes “para a compreensão de problemas e processos sociais mais gerais” (2001: 10).

Seguindo a argumentação dos autores, no sentido de que a doença e a morte não são exclusividades da biologia, é referido um texto de Marcel Mauss, de 1926, no qual este afirma que o efeito físico provocado no indivíduo pela ideia da morte é construído coletivamente. Mauss estudou sociedades tradicionais da Austrália e Nova Zelândia, demonstrando que “o desrespeito às regras sociais pode levar um indivíduo à morte” (*apud* Adam & Herzlich, 2001: 10). Apesar de esse exemplo ter sido verificado em ‘sociedades ditas tradicionais’, a “interação entre o orgânico e o social não deixa de ser menos marcante nas sociedades ocidentais modernas” (*apud* Adam & Herzlich, 2001: 10-11). Não somente as doenças variam de acordo com as épocas e as condições sociais como também podem ser definidas em termos sociais. A natureza e a distribuição da doença, as interações entre processos orgânicos e sociais, o reconhecimento das sociedades sobre o estar doente e/ou saudável divergem socialmente.

Nesse sentido, saúde e doença não são apenas estatísticas, pois trazem em si julgamentos de valor, considerando-se que em qualquer sociedade, a doença é indesejável. Para Georges Canguilhem (*apud* Adam & Herzlich, 2001: 11): “é necessário olhar além do corpo para determinar o que é normal para este mesmo corpo”. O filósofo entende que a saúde é definida pela capacidade humana de coexistir em seu ambiente, não somente físico, mas também social: “O ser vivo não vive em meio a leis, mas entre seres e acontecimentos que diversificam essas leis” (*apud* Adam & Herzlich, 2001: 11). Sob essa análise, saúde e doença responderão às transformações do meio ambiente; às inserções das pessoas socialmente, tanto em suas famílias como nas atividades de trabalho, constituindo estados sociais. Da mesma forma, responderão às ações das políticas públicas, do saber e da prática médicos, por sua vez calcados nas configurações do Estado (Adam & Herzlich, 2001).

A partir dessa perspectiva, podemos dizer que a saúde é uma categoria resultante da interação do homem como ser biológico, social e espiritual no contexto das organizações sociais, em cada momento histórico dado, expressando o nível de bem-estar físico, mental, social e espiritual do indivíduo, da família, do coletivo de trabalho e da comunidade. Assume-se então que a saúde é um valor universal, de defesa da vida, da cidadania, e por isso não pode ser tratada como mercadoria, não sendo um valor que possa depender de políticas de mercado (Lewis, 1987). Tampouco é um setor isolado da realidade dos países, sofrendo, portanto, todos os efeitos das políticas governamentais.

Apesar disso, o conceito de saúde como oposição à doença ainda está enraizado na sociedade ocidental e na prática médica/da saúde. No entanto, esta contraposição saúde-doença pode ser problemática, uma vez que não existe saúde como sinônimo de cura definitiva, pois à luz de um sistema de diagnóstico moderno e científico sempre será possível que se encontre alguma espécie de desequilíbrio no corpo humano.

Essa concepção de saúde como ausência de doenças prepondera no mundo ocidental nos últimos cem anos, em consequência principalmente dos avanços tecnológicos, do conhecimento médico, pensamento este considerado como 'referência paradigmática biotecnológica', o paradigma flexeneriano. A prevenção baseia-se na concepção de risco ou de probabilidade de se tornar doente. Desse modo, ocupa-se de estudos clínicos e intervenções que visam a grupos restritos, sejam eles quais forem, sendo componentes desse paradigma. Em 1910, Abraham Flexner elaborou um relatório que reorientou o ensino médico nos Estados Unidos da América do Norte e influenciou toda sua evolução mundial.

Seis anos depois, em 1916, decidiu-se sobre a criação da primeira Escola de Saúde Pública na Região das Américas. Três propostas foram apresentadas: uma centrada na engenharia sanitária e higiene industrial; outra que propugnava a influência social e das políticas econômicas sobre os problemas de saúde; uma terceira que defendia a abordagem biomédica, calcada na pesquisa científica, com utilização importante da estatística e da bacteriologia, baseada na prática hospitalar, especialmente do hospital universitário (Ferreira, 2002).

A proposta escolhida foi a última, apresentada pela Universidade de Johns Hopkins. Segundo José Roberto Ferreira, é provável que Flexner tenha exercido sua influência, haja vista ter sido o presidente da comissão que decidiu sobre o modelo a ser adotado. Nesse contexto, a saúde pública recebe a mesma

influência definida para a medicina científica. Nessa perspectiva, perdeu-se a oportunidade de considerar que a complexidade da saúde necessitaria da reunião daqueles três enfoques, que propiciaria uma abordagem integral da saúde pública diferenciada da abordagem biomédica, que prevaleceu.

Nas últimas décadas, a saúde passa a ser relacionada com as noções de qualidade de vida, e não a um oposto ao negativo representado pela doença. Nesse sentido, em oposição ao paradigma anterior, surge um novo movimento em direção a um estágio em que uma perspectiva global revela também um novo paradigma sócio-ecológico-político. Tal paradigma integra, porém, o anterior. Estamos vivendo sua emergência, na qual a qualidade de vida ocupa uma posição de destaque, por ser tal paradigma mais social e integrador da vida dos sujeitos.

Enquanto a 'promoção da saúde' refere-se a aspectos globais comunitários, com maior expressividade fora da prática médica, a prevenção de doenças é ainda uma atividade predominantemente médica. A 'promoção da saúde' relaciona-se mais fortemente aos múltiplos aspectos de modos de vida, porque estes definem melhor as condutas coletivas ou individuais que geram fatores protetores para uma vida saudável, transcendendo mudanças de hábitos individuais, como o uso de álcool e do cigarro, a alimentação saudável, os exercícios e o controle do *stress*, entre outros. Ademais sua relação com os processos da realidade social.

De acordo com Anthony Giddens (1991), os modos de vida produzidos pela modernidade causaram uma ruptura com a ordem social tradicional, do ponto de vista da extensão – estabelecimento de interconexões sociais globais; e da intenção alterações das características íntimas e pessoais da vida cotidiana, num breve período histórico –, ainda que persistam algumas continuidades com o tradicional.

Novas respostas são esperadas e certamente o papel do Estado torna-se mais proeminente haja vista a impossibilidade de o mercado lidar sozinho e de forma resolutiva com tamanha complexidade. Isso também implica que o campo do conhecimento da saúde precisa ser permeado pelos conhecimentos próprios das ciências sociais, no sentido de ampliar suas possibilidades de análise e de criar uma intervenção mais resolutiva. Uma reflexão importante a ser considerada é até que ponto esta nova concepção não estaria a exigir um desenho de Estado voltado ao bem-estar social para realmente afirmar-se no cotidiano das pessoas, a fim de que se traduza em concretude de ações por meio dos serviços de saúde.

Nos últimos anos, a questão da globalização econômica[8] traz consequências por seu impacto sobre o social, em todos os países do mundo, gerando diferentes respostas de acordo com suas realidades sociais. O fato de a meta 'Saúde para todos no ano 2000' não ter alcançado os efeitos e compromissos pactuados (Cohen, 2001), quando da Conferência de Alma-Ata, levou a que outras propostas fossem acrescidas às iniciais e gerou processos diferenciados nos países de acordo com os compromissos dos dirigentes organizacionais e de governo interessados na área da saúde.

Nesse sentido, a 'promoção da saúde' propõe que se aceite a saúde como um dos objetivos sociais fundamentais dos governos, um dos componentes-chave do bem público, e que se busquem formas de propiciar aos cidadãos do mundo vidas produtivas, social e economicamente.

Após a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa (17-21 de novembro de 1986), que afirma o compromisso da 'promoção à saúde' e sua especificação, ocorreram várias outras, tais como:

1. Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Adelaide, Austrália, 5-9 de abril de 1988, que resultou nos compromissos assumidos na Declaração de Adelaide;

2. Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall, Suécia, 9-15 de junho de 1991, cujo resultado foi a elaboração da Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde e Desenvolvimento Sustentável à Qualidade de Vida;

3. Conferência Internacional de Promoção da Saúde na Região das Américas, ocorrida em Santafé de Bogotá, Colômbia, 9-12 de novembro de 1992, que gerou o documento, Declaração de Santafé de Bogotá, voltado para a Promoção da Saúde na América Latina;

4. I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe (Trindade e Tobago), realizada em Porto Espanha, 1-4 de junho de 1993, que produziu o documento Carta do Caribe, sobre a 'promoção da saúde' para a região caribenha;

5. Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Jacarta/Indonésia, 21-25 de julho de 1997, que gerou a formulação

[8] Conceito muito amplo e com várias interpretações. "Globalização é, com toda a certeza, a palavra mais usada – e abusada – e a menos definida dos últimos e dos próximos anos; é também a mais nebulosa e mal compreendida, e a de maior eficácia política" (Beck, Giddens & Lash 1995: 44). A referência à globalização econômica não suscita discussão teórica neste livro porque é tomada como um dado da realidade social que impacta sobre todos os processos sociais seja do Estado, seja da sociedade civil.

da Declaração de Jacarta sobre Promoção de Saúde do Século XXI em diante;

6. Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na Cidade do México, 5-9 de junho de 2000, Promoção da Saúde: rumo a uma maior equidade, cujo resultado foi a Declaração Ministerial do México para a Promoção da Saúde, assinada pelos ministros da Saúde presentes à Conferência;
7. Sexta Conferência Global de Promoção da Saúde, realizada em Bangcok, Tailândia, 7-11 de agosto de 2005, tratando da saúde como um direito humano e de ações para mudar os determinantes da saúde num mundo globalizado.

Teorizar sobre saúde pública é uma tarefa necessária. Atualmente, na área da atenção à saúde, a explicação biologista coexiste com explicações que enfatizam os aspectos econômico-sociais na etiologia das enfermidades, embora mantenha ainda seu caráter proeminente. Desse modo, a medicina social com trabalhos de Michel Foucault, de Giovanni Berlinguer e de Milton Terris, entre outros, propõe uma importante redução do poder da medicina científica, centrada no paradigma flexeneriano. Outros autores fundamentais para esta discussão, na América Latina, são Juan César Garcia, Mário Testa, Asa Cristina Laurell, Guilherme Rodrigues da Silva, Jaime Breilh, Edmundo Granda, Antônio Sergio Arouca, Cecília Donnângelo, Sonia Fleury, Jairnilson Paim, Naomar de Almeida-Filho, Madel Terezinha Luz, Pedro Luís Castelhanos, entre outros (Ferreira, 2002).

A 'promoção da saúde' é parte da saúde pública, e como esta, ainda não possui um corpo teórico que lhe seja próprio, específico. Os autores da 'promoção da saúde' são profissionais de governo, dos organismos internacionais e dos núcleos de estudos sobre saúde pública; tem sido também tema de algumas teses de mestrado e doutorado. O processo de elaboração teórica sobre a 'promoção da saúde' é algo em construção.

Um dos elementos subjacentes às discussões conceituais é a necessidade de explicar um conjunto de práticas de atenção à saúde, exigida por uma realidade de restrição de recursos para suas atualizações. Isso decorre do avanço sempre crescente das descobertas da biotecnologia e de sua aplicação na melhoria da conservação e preservação da qualidade de vida *stricto sensu*.

Nesse sentido, essas práticas desconectam-se do conjunto de relações que compõem os significados da vida, sejam eles sociais, políticos, econômicos,

psicológicos, restringindo-se ao funcionamento do corpo e a uma ciência limitada para representar a realidade. Por isso é importante relacionar e compreender como a proposta de 'promoção da saúde' foi incorporada nos países que a adotaram, além dos contextos relacionados aos países-objeto da comparação: Brasil e Canadá.

Assim, a promoção da saúde foi redefinida como "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo".[9] A proposta considera ainda, como condições e pré-requisitos para a promoção da saúde, a paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Está fundamentada em conceitos, como qualidade de vida, saúde, solidariedade, desenvolvimento, cidadania, participação e parceria. A Carta de Ottawa também integra temas relacionados ao papel do Estado e da sociedade civil.

Tais categorias, condições e pré-requisitos, tanto quanto os conceitos anteriormente citados, presentes na Carta de Ottawa, são os elementos norteadores para as análises das propostas de 'promoção da saúde' no Brasil e no Canadá. Na Carta, há a delimitação de áreas de atuação; norteadores para elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; a descrição de ambientes favoráveis à saúde; o incremento do poder técnico e político das comunidades; o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais, *empowerment, advocacy* e a reorientação dos serviços de saúde.

Alguns modelos de 'promoção da saúde' com base em estilos de vida saudáveis, comportamentos de vida saudáveis voluntários a partir de escolhas individuais, têm sido criticados quanto à individualização da responsabilidade sobre a saúde. Ainda mais em países com desigualdades sociais, nos quais o acesso à informação qualificada é limitado por diversos fatores, tais como o baixo nível de escolaridade. Essas descrições têm sido interpretadas como se a 'promoção da saúde' fosse de responsabilidade única do indivíduo, eximindo o Estado de suas responsabilidades.

Para Anthony Giddens (2002), estilo de vida implica uma escolha dentro de uma pluralidade de opções possíveis e é adotado mais do que outorgado. São práticas rotineiras, incorporadas em hábitos de vestir, comer, modos de agir e lugares preferidos de encontrar os outros; mas as rotinas seguidas estão

[9] Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá, 21 de novembro de 1986. (OMS, 1986).

reflexivamente abertas à mudança, à luz da natureza móvel da autoidentidade. Diz respeito ao próprio centro da autoidentidade.

Ressalte-se ainda que o modo em que a sociedade se organiza e estrutura o trabalho deve contribuir para a criação de uma sociedade saudável, e por isso a promoção da saúde exige a "ação coordenada de todos os implicados: os governos, os setores sanitários e outros setores sociais e econômicos, as organizações beneficentes, as autoridades locais, a indústria e os meios de comunicação" (OMS, 1986).

O campo da promoção articula o conceito de saúde com o de qualidade de vida:

> A vida com qualidade para todos, promessa da modernidade e simbolizada nos valores apregoados pela civilização ocidental de liberdade, igualdade e fraternidade, foi sendo atropelada pela perspectiva do desenvolvimento baseado no crescimento econômico e na valorização do consumo de produtos que levam à utilização irresponsável dos recursos naturais; hegemonia de conhecimento e tecnologias; apagamento de culturas; desigualdades entre os povos e as nações. (Serrano & Lemos, 2003: 49)

A promoção da saúde, portanto, insere-se no debate de transformação social e no desenho de políticas e ações sociais integrais que possibilitem alternativas de desenvolvimento, o que enfatiza a importância do Estado e da sociedade civil na consecução de suas propostas.

Um dos questionamentos pertinentes é em que medida a 'promoção da saúde' não seria uma imagem-objetivo a ser sempre buscada, por ser antagônica aos modos de vida da sociedade ocidental. Sociedade caracterizada por suas contradições, no que se relaciona ao consumo estimulado continuamente, ao *stress* da alta competição entre as pessoas no mercado de trabalho e em suas vidas cotidianas, entre outros problemas.

Outro questionamento é sobre em que medida não seria necessário enfatizar que todo conhecimento médico disponibilizado e em construção é importante para a promoção da saúde (Cohen, 2001), porque esta necessita prevenir o que se anuncia na conjuntura, onde alcança ser promoção *stricto sensu.* É promoção *lato sensu* quando na presença da patologia pode efetivamente atender e usar a sofisticação tecnológica disponibilizada e a ser disponibilizada por meio dos avanços da biotecnologia. É parte da reabilitação porque os portadores de sequelas também necessitam ter sua saúde promovida para o ganho da qualidade de vida.

Nesse contexto, a promoção da saúde é um conceito estritamente relacionado à qualidade de vida, portanto dinâmico e impermanente, elaborado continuamente, a partir do referencial que as pessoas e/ou os grupos tragam

e não do referencial estático da medicina flexeneriana que não incorpora o conceito de instituição social que a medicina expressa.

Identificam-se qualitativamente as formas de gestão dos enunciados das políticas públicas de promoção da saúde no Brasil e no Canadá; a intersetorialidade; a qualidade de vida e a participação social. Com base na definição dessas variáveis, bem como dos componentes conceituais da promoção da saúde, expõe-se como estes são trabalhados no Brasil e no Canadá.

A partir dos documentos analisados, elaboram-se a construção teórica e empírica, pertinentes à promoção da saúde, que foram contextualizadas no saber médico, na saúde pública e na cooperação técnica internacional em saúde, relacionando as formulações dos documentos acordados sobre sua proposição, tomando-os como referência analítica.

É importante ressaltar a influência direta das agências multilaterais, fora do setor saúde, tais como Banco Mundial (Bird), Fundo Monetário Internacional (FMI), Organização Mundial do Comércio (OMC), nessa área e na proposta de promoção da saúde, conforme revelado pela pesquisa realizada. A ideia da apresentação do estado da arte da promoção da saúde em países desenvolvidos visa a demonstrar como esta proposta espraiou-se nestes países, em uma aparente contradição: por que adotar uma proposta de promoção da saúde em países com sistemas de saúde tão estruturados?

O fato de a saúde pública não delimitar uma disciplina e/ou um campo distinto das outras instâncias da realidade social, submete-a tanto teórica quanto metodologicamente aos componentes da complexidade sociológica da qual é parte. Sua especificidade constitui-se das "inflexões sócio-econômicas, políticas, ideológicas relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, administração e avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de saúde" (Minayo, 1996: 13). Essa constatação implica a necessidade de compreendê-la como uma instância multidisciplinar, estratégica, e de reconhecer sua demanda por conhecimentos diferenciados, mas integrados, e "que coloca de imediato o problema da intervenção" (Minayo, 1996: 13). Assim, esta área do conhecimento está remetida à imbricação da teoria com a prática, o que significa "dificuldades de aproximação ao objeto, de vencer dicotomias analíticas, de se mover no campo da totalidade das dimensões que o fenômeno saúde-doença revela e oculta" (Minayo, 1996: 14), sendo estes os desafios mais significativos da pesquisa em saúde pública/promoção da saúde. A interação permanente do processo de trabalho em saúde pública é a regra mais importante de seu campo de ação.

I
A Medicina como Instituição Social

Medicina: construção do saber e contexto

A medicina, como ciência aplicada, atua através da sua normativa, mas é fundamental a percepção de que o conceito de uma norma biológica não pode ser reduzido a um conceito objetivo determinável por métodos científicos (Canguilhem, 1990; Levin, 1994), nem pode ser aplicado a indivíduos somente na base de fatos objetivos da fisiologia, mas levando-se em consideração o significado experiencial do estado em questão para o organismo.

Nesse sentido, os conceitos de saúde e doença que figuram no discurso e na prática da medicina são essencialmente normativos, devendo ser construídos de acordo com o reconhecimento da realidade dos pacientes em suas próprias experiências, o significado existencial da condição e da situação deles. Esta compreensão não elide as dificuldades atuais na relação médico-paciente e no contexto do Estado, terceiro ator social relacionado.

A rota direcionada para o nascimento da medicina moderna expressa degraus no desenvolvimento do pensamento médico da Antiguidade, a partir do observar a influência religiosa, por meio da abstração idealizada que se configurou como parte de um sistema filosófico coerente em direção a uma doutrina baseada na abordagem empírica (Viale, 2004).

Atualmente, vivencia-se uma sociedade ‘medicalizada’, que levou séculos para ser constituída, e pressupõe a doença como algo passível de correção. Em vez de resignação, encontra-se a decisão de compreendê-la e atuar sobre ela. Nesse sentido, nas sociedades ocidentais, desenvolveu-se a medicina científica, calcada na ação dos médicos, o que tornou o tema saúde um valor fundamental, gerando, por consequência, estatutos legais que passaram a assegurar os direitos ao acesso a tratamentos (Adam & Herzlich, 2001). A cultura resultante disso

é a necessidade da medicina e o fortalecimento da relação hierárquica com o médico: as prescrições devem ser cumpridas sem questionamentos, por um lado. Por outro, a institucionalização da medicina: mesmo sem a condição de doentes necessita-se realizar exames médicos, casos da medicina escolar e do trabalho, entre outros.

Esta mudança ocorreu de forma mais acelerada após a Segunda Guerra Mundial com o avanço das sociedades industrializadas. No entanto, em todas as sociedades, os homens sempre buscaram alternativas para a cura; a escassez de médicos os levavam a buscar soluções mágico-religiosas, de tal forma que a associação entre medicina, magia e religião caracterizou as medicinas antigas, eruditas e ou populares, em todas as culturas (Adam & Herzlich, 2001).

Em outra vertente, a medicina científica tem uma orientação empírica, calcada em um saber racional e crescentemente especializado, haja vista o avanço do conhecimento. De todo modo, todas as medicinas incluem aspectos empíricos e na medicina ocidental também pode-se encontrar aspectos religiosos (Adam & Herzlich, 2001).

A atualidade de Hipócrates como 'pai da medicina' científica deve-se ao fato de ele ter sistematizado o conhecimento com base em observações sobre o estado dos doentes. O *Corpus Hippocraticum* representa um marco no desenvolvimento do pensamento médico, tendo introduzido pela primeira vez a abordagem empírica para a doença (Nutton, 2005). Apesar disso, a ocorrência de epidemias ainda era explicada como castigos divinos.

O processo de desenvolvimento da medicina científica ocidental é considerado muito lento: a teoria dos quatro humores, de Hipócrates; depois os progressos de Galeno, quinhentos anos mais tarde, os quais predominam na medicina por mais de mil anos até tornarem-se estagnados durante a Idade Média.

Inicialmente, o advento das Universidades (Adam & Herzlich, 2001) – a de Montpellier em 1220; a de Pádua em 1222; e a de Paris em 1253 – alterou-pouco o quadro de dogmatismo então em vigência, exceto pela Universidade de Pádua (Andrioli & Trincia, 2004), que tem uma longa tradição e uma grande reputação nos estudos anatômicos desde sua fundação. O ambiente para o desenvolvimento dessa cultura foi representado pela liberdade científica e sabedoria política da Sereníssima República de Veneza, um Estado liberal e tolerante no meio de uma Europa feudal, imperial e pontificial, o que sinaliza a importância da configuração do Estado na construção do conhecimento.

Os cursos de medicina começaram no fim de 1200, com a difusão das doutrinas árabes a partir dos maiores centros da tradição e cultura islâmica.

Por volta de 1300, muitos acadêmicos em Pádua desenvolveram estudos de epidemiologia e profilaxia da doença, o que redundou na promulgação de regulamentações de saúde, pela República de Veneza, que foram exemplares para seu tempo.

O desenvolvimento substancial da medicina durante os séculos XV e XVI foi primariamente um resultado do florescimento dos estudos anatômicos e de seus ensinamentos nas escolas médicas. Uma tendência filosófica favoreceu as abordagens empíricas da biologia de Aristóteles que prevaleceu durante o século XV em Pádua, deste modo encorajando a observação da natureza, incluindo a anatomia (Andrioli & Trincia, 2004).

Apesar disso, ninguém antes de Vesálio teve oportunidades comparáveis as do ciclo ininterrupto de lições, com observação direta de corpos e apoio da Universidade de Pádua e da República de Veneza. Escreve o *De humani corporis fabrica, libri septem*, a primeira descrição completa e sistemática do corpo humano como uma 'fábrica', corrigindo algumas das observações de Galeno e marcando o começo de um ensino sistemático e da pesquisa científica na anatomia (Andrioli & Trincia, 2004).

No entanto, a situação de Pádua não era a regra, sendo esta o exercício puramente dogmático da medicina, limitando-se o médico a 'anunciar a morte eminente' (Adam & Herzlich, 2001), pois os sacerdotes continuavam a assistir os pacientes. Além disso, os que tinham a prerrogativa da intervenção sobre o corpo eram os barbeiros e os cirurgiões. Os médicos passam a formar corporações em defesa de seus direitos e, a partir do século XVI, a medicina empírica e racional começa a desenvolver-se, tendo em Vesálio, um de seus precursores.

Outros estudiosos deram grandes contribuições ao desenvolvimento da medicina: Ambroise Paré, circulação sanguínea; Fracastor com suas teorias sobre o contágio; Harvey com a circulação sanguínea; Marcello Malpighi, fisiologia; Giovanni Battista da Monte, ensino da medicina clínica no leito do paciente e estabelecimento dos jardins botânicos gerando impulso à farmacologia, a *Orti Semplici*; Giovanni Battista Morgnani, unificando anatomia e medicina clínica. Com Morgagni, o método, combinando patologia e medicina clínica, foi estabelecido e permaneceu nos séculos que seguiram como fundamento da medicina, seguido por Leopoldo Marcantonio Caldani (Andrioli & Trincia, 2004). Nesse contexto, no começo do século XIX, a medicina anatomoclínica afirma-se, recebendo importante influência da Escola de Paris, cujos estudiosos mais importantes foram: Cabanis, Pinel, Corvisart, Laennec, Bichat e Bretonneau (Foucault, 1994).

A afirmação da medicina clínica supera os sistemas teóricos anteriormente utilizados, pois os novos conhecimentos possibilitam a descrição de muitos males com outro grau de precisão (Adam & Herzlich, 2001). Em meados do século XIX, surge a corrente de Claude Bernard, chamada 'medicina experimental', que se apoia em conhecimentos da física e da química, seguida pelos trabalhos de Pasteur e Koch, com o isolamento de agentes causadores de doenças infecciosas e a compreensão dos mecanismos imunológicos, com consequentes repercussões na prevenção e no tratamento das doenças. Após o advento das vacinas e os avanços na assepsia, a medicina alcança um novo patamar tanto teórico quanto prático.

Os progressos da medicina continuaram e até a Segunda Guerra Mundial foram consideráveis. O aperfeiçoamento dos raios X, o desenvolvimento da anestesia, a descoberta da insulina, das vitaminas e das sulfamidas e, alguns anos depois, dos antibióticos, constroem socialmente uma 'sensação de poderio ilimitado em potencial da medicina', reforçado, em 1967, pelo primeiro transplante cardíaco (Adam & Herzlich, 2001). Certamente o poder médico tem limites, mas durante um século, *pari passu* ao seu desenvolvimento científico, a medicina mudou sua representação social. Ao longo da construção do seu conhecimento, adquiriu "plena autoridade sobre a doença e adquiriu o monopólio de seu tratamento" (Adam & Herzlich, 2001: 38). Ocupou um lugar privilegiado, de forma simultânea, que a "Sociologia designa pelo termo de ascensão à condição de 'profissão'" (Adam & Herzlich, 2001: 38). Sociologicamente, este fenômeno é característico do processo evolutivo das sociedades modernas, e a medicina é considerada o protótipo das profissões. O termo profissão implica que os profissionais detenham formação teórica elevada e especializada, com uma 'orientação de serviço' para a população, correspondente à ideia de 'vocação'.

Esta é uma primeira distinção em relação aos outros ofícios, acrescida do reconhecimento societário do monopólio de sua atividade, seguido de grande autonomia e controle do exercício profissional. Dessa forma, são os médicos que decidem os currículos de seus estudos; que redigiram seu código de ética médica reconhecido pelo Estado; e que dependem de suas próprias associações, os conselhos de medicina. Nesta perspectiva, trata-se de uma autorregulamentação. A profissão médica é predominante no campo da saúde: as outras atividades desenvolvidas pela equipe de saúde, "dependem deles inteiramente e são consideradas de categoria inferior" (Adam & Herzlich, 2001: 39).

Entre os sociólogos há concordância sobre as características distintivas entre ofício e profissão, tendo ocorrido divergências nas explicações sobre seu desenvolvimento durante o século XIX. Para William J. Goode e Talcott Parsons (*apud* Adam & Herzlich, 2001: 39) da escola estrutural-funcionalista, isso ocorre devido à necessidade de serviços especializados gerados pela nova organização do trabalho nas sociedades industrializadas e urbanas. A importância da medicina também resulta do valor que se atribui à saúde, à vida e à morte. Esses autores legitimam a condição profissional médica por considerarem que a demanda pelos recursos da medicina decorre do aumento do saber e da competência.

Outros autores, particularmente Eliot Freidson da 'Escola de Chicago' e do 'interacionismo simbólico', não consideram que esta ascensão da profissão médica resulte da nova divisão do trabalho, mas sim da 'ampliação do saber' (Adam & Herzlich, 2001: 39). Consideram que se caracteriza principalmente pelo 'privilégio da autorregulamentação', representando a 'luta entre grupos rivais', constituindo 'um processo de natureza política, passível de intervenção estatal'. Adam e Herzlich reconhecem o papel do conhecimento, no entanto, assumem que é difícil estabelecer sua condição de legitimação de privilégios da condição profissional. Em síntese, afirmam que a distinção entre as ações pertinentes a esse estatuto e as não pertinentes é difusa, citando inclusive Parsons (1968), que afirmava serem esses limites 'fluidos e confusos'.

Segundo esses autores, a evolução histórica da situação dos médicos no mundo ocidental foi complexa. No início do século XIX, a situação dos médicos era frágil. No caso da França, por exemplo, devido à pobreza da população, eram poucos os demandantes dos serviços médicos; além disso, estes eram pouco valorizados e nem sempre pagos. Não havia tampouco reconhecimento de seu conhecimento e muitos praticavam a medicina popular: os 'empíricos', as parteiras, as religiosas, os 'agentes de saúde', entre outros. Somente em 1892, eles obtêm uma legislação satisfatória: os agentes de saúde são suprimidos; o exercício ilegal da medicina passa a ser severamente punido, e deste modo o monopólio do tratamento médico é reconhecido, sendo a esta categoria conferido o direito de formar sindicatos. Desse modo, 'fica conquistado o estatuto profissional' (Adam & Herzlich, 2001: 41).

Uma das causas importantes para essas conquistas foi a industrialização, que gerou demanda de serviços especializados, ao mesmo tempo que melhorou o nível de vida da população, propiciando a busca por atendimento médico. Ao aumento do conhecimento, corresponderam reivindicações por organiza-

ção profissional, sendo a mobilização desses profissionais tanto quanto sua luta coletiva fatores determinantes de suas conquistas. O papel do Estado também foi fundamental, pois, no final do século XIX, o interesse pela saúde da população fez com que o Estado atendesse às reivindicações dos médicos ao mesmo tempo que passou a acreditar que o desenvolvimento médico e científico trazia respostas eficientes.

A saúde vai se tornando cada vez mais importante para o desenvolvimento econômico: os poderes públicos passam a combater agravos sociais e sanitários como o alcoolismo, a sífilis e a tuberculose; leis são estatuídas sobre a vida nas cidades, as condições de saneamento e a saúde das crianças. Dessa aliança entre políticos e higienistas resultam leis que antecipam o que se chama atualmente de proteção social, a concepção do Estado moderno – o Estado de Bem-Estar Social. Até meados do século XX, a seguridade social é instituída em vários países.

Philippe Adam e Claudine Herzlich consideram que a medicina e a proteção social evoluíram simultaneamente, originando nos países desenvolvidos a significação de 'estar doente' como sinônima de 'estar sob cuidados'. Assim, os atos médicos sobre o paciente condicionam sua cura, ao mesmo tempo que 'estruturam sua percepção e experiência da doença'. Essa medicalização tem sido crescente; e o exercício da medicina muda com o desenvolvimento das especialidades e da sofisticação tecnológica dos procedimentos (Warner, 1999); desse modo, ao aumento do consumo corresponde o crescimento contínuo das despesas com os tratamentos. No século XX, esta situação é marcada pela imposição do 'modelo médico' cada vez mais presente na vida social, inclusive determinando a definição e o tratamento de muitos problemas públicos contemporâneos, tais como alcoolismo, drogas, doença mental, entre outros.

Peter Conrad e Joseph W. Schneider (*apud* Adam & Herzlich, 2001) demonstram que essas práticas passam da condenação religiosa e/ou criminal para o registro médico: o que era ato condenável torna-se doença. Fundamental também foi o papel do hospital que, antes local de atendimento de pessoas pobres, passa a ser "uma instituição prototípica das sociedades modernas" (Adam & Herzlich, 2001: 45). Dessa forma, transforma-se em "lugar privilegiado da pesquisa médica e do desenvolvimento de tecnologias de ponta [...] e lugar onde, na maioria das vezes, as pessoas nascem e morrem" (Adam & Herzlich, 2001: 45).

Nesse processo, o saber médico vai alcançando valor normativo cada vez mais crescente tanto para indivíduos quanto para comunidades, que serão

permanentemente avaliados em termos de saúde. Segundo Everett Hughes[10] (*apud* Adam & Herzlich, 2001: 46), "os profissionais, 'tomados coletivamente' pretendem dizer à sociedade o que é bom para o indivíduo e para a sociedade como um todo em determinados aspectos da existência". Nesse sentido, o profissional médico tem legitimidade social para estabelecer "as necessidades do doente às quais é possível e legítimo responder" (*apud* Adam & Herzlich, 2001: 46), o que possibilita que esse diferencial de saberes e de competências especializadas possam transformar-se facilmente em "distanciamento e dominação sobre as pessoas" (Adam & Herzlich, 2001: 46).

Owsei Temkin (Moran, 2002) considera que a história da medicina é, em grande parte, uma história racional, e que a razão distingue a verdade da falsidade. No entanto, quando se considera a avaliação histórica das expectativas sociais em medicina e se comparam comportamentos e sentimentos em relação aos pacientes, o foco singular na ciência médica resvala para uma consciência histórica que permite ambas, razão e emoção, jogarem uma parte importante e diminuírem o senso de distinção dos contextos antigo e moderno.

Moran e vários outros, inclusive John V. Pickstone, discutem a apropriação da marca 'tecnociência' na era pós-Segunda Guerra Mundial: um período no qual projetos, patentes e a interpenetração entre governo, negócio e universidades foram marcantes. A história foi frequentemente entendida como a base para a compreensão crítica da ciência, tecnologia e medicina. Nesse sentido, a tecnociência contemporânea parece ter muito mais a fazer com o crescimento econômico do que com a verdade (Hamlin, 2001).

Que diferença faria, especialmente para a medicina, construir um entendimento da ciência, da tecnologia e da medicina deste modo? A eliminação da hierarquia entre medicina e ciência e da hierarquia entre as muitas formas de prática que caracterizam a medicina amplamente concebida seria profunda. Essa mudança determinaria um campo mais elevado e um modo mais democrático de tomada de decisão, segundo John V. Pickstone, pois permitiria uma maior integração entre a filosofia médica, a ética médica e as ciências sociais médicas e provavelmente melhoraria os serviços públicos de saúde no treinamento de médicos e cientistas.

Até que ponto mudanças em ciência e tecnologia, descritas como agentes propulsores do aumento das especializações em medicina, estão atualmente permeadas por compreensões históricas da relação entre ciência e medicina;

---

[10] Ver Everett Hughes (1981).

mais intensamente atentas para a interação entre conhecimento, processos sociais e a estrutura do poder cultural nas profissões?

A despeito da onda de mudança na medicina e história médica das últimas três décadas e do lugar variável da especialização médica durante os dois últimos terços do século XX, a especialização desempenhou papel fundamental ao formar a organização da medicina nesse período e ao desenhar explorações históricas adicionais sobre o poder e perplexidades contínuas da especialização no mundo da medicina moderna.

Robert A. Aronowitz (1998) sugere que, por se compreender o processo pelo qual as categorias de doenças são criadas, está-se numa melhor posição para avaliar todos os aspectos de uma doença, seu efeito nos indivíduos e na sociedade como um todo e a reação dos pacientes, sociedade e sistema de atenção à saúde para esta doença. Assinala que a visão focalizada, doença-específica, científica, que ganhou ascendência com a teoria dos germes na última parte do século XIX, conduziu para o credo da biologia molecular contemporânea: um gene, uma proteína, uma doença. O resultado, segundo o autor, tem sido uma perda da apreciação da influência das características individuais, incluindo emoções, estilo de vida e classe social (Jenkins, 1998).

Para a prática da promoção da saúde é fundamental o conceito da 'construção social da doença' e os fatores que têm um papel nesta construção. Estes fatores são econômicos, políticos, sociais, culturais, emocionais, biológicos, entre outros, precisando necessariamente ser apropriados pelas pessoas que estão sendo examinadas e/ou tratadas, seja na prática individualizada, seja na prática coletiva da ação de atenção à saúde.

Fundamental também é esta discussão no sentido de que a 'promoção da saúde' vem como uma proposta de diminuição da interferência da medicina científica, de caráter flexeneriano, atualmente em vigência, por seu alto custo e por suas respostas consideradas insuficientes quanto ao adoecimento e à morte da população dos países desenvolvidos, devido ao envelhecimento e às doenças crônico-degenerativas. É necessário compreender esse processo para que se possa esclarecer a reação dos médicos em relação às propostas da 'promoção da saúde', bem como o interesse do Estado em promovê-la.

Da Instituição Social Médica: em busca de sua afirmação

Marcel Mauss (1967) chamava de fenômeno social total um fenômeno em que todas as dimensões da vida coletiva encontram-se condensadas: o

social, o político, o estético, o imaginário. Nesse sentido, a promoção da saúde poderia ser considerada um fenômeno social total. Entre os fatos sociais não há lugar para fazer as distinções que são mais ou menos generalizantes. A mais generalizável é também natural, tanto quanto a mais particular, uma e outra são igualmente explicáveis. Assim, todos os fatos que apresentam as características indicadas como pertinentes ao fato social podem e devem ser objetos de pesquisa.

Mas como os fatos sociais produzem-se uns aos outros? As instituições produzem as mudanças da estrutura social pela via do desenvolvimento, de coalescência, o que não significa que sejam tipos de realidades autônomas capazes de ter intrinsecamente uma eficácia particular. As instituições existem dentro das representações feitas pela sociedade. Se elas são fortes e respeitadas, é porque esses sentimentos são vivos; se elas cedem, é porque perderam toda a sua autoridade sobre as consciências (Mauss & Fauconnet, 1901).

Se as mudanças da estrutura social agem sobre as instituições, é porque elas modificam o estado das ideias e tendências de que são objetos; toda a força dos fatos sociais vem de suas regras. É a acumulação institucional que dita as regras morais e que, direta ou indiretamente, as sanciona. A mudança dentro das instituições é uma mudança dentro da cultura institucional, pois tudo se passa dentro da esfera da relação com a sociedade, mas esta é propriamente o que se chama de sistema de representações coletivas. Os fatos sociais são então as causas porque são as representações ou agem sobre essas representações. O fundo íntimo da vida social é um conjunto de representações. Na saúde essa expressão é nítida.

A medicina, como instituição social, exprime toda a gama de explicação sociológica. O estabelecimento das sociedades, e estas, uma vez formadas, dando nascimento às ideias coletivas, constituem fenômenos inseparáveis, não existindo supremacia entre eles, nem lógicas, nem cronológicas.

Nee[11] (*apud* Zafirovski, 2003: 818) sugere que a análise institucional seja uma

> combinação de poesia e ciência. A fria visão racionalista baseada na extensão da teoria econômica padrão para analisar os trabalhos das instituições é efetiva na mesma medida em que as normas formais da organização são consideradas. Entretanto, no domínio das normas informais e das redes de relacionamentos sociais que estão ocorrendo, um discernimento de poeta dentro da condição humana pode demonstrar ser tão útil no desenho institucional quanto na ciência.

[11] Ver Nee (1998: 88).

Recentes formulações de análise institucional comparativa e histórica estipulam que o

> complexo institucional não é uma resposta estática ótima às necessidades econômicas, mas um reflexo de um processo histórico, no qual as características do passado econômico, político, social e cultural estão inter-relacionadas e têm um impacto duradouro na natureza e nas implicações econômicas das instituições da sociedade. (Greif [12]*apud* Zafirovski, 2003: 820)

Estas formulações conceituam instituições sociais como "restrições não determinadas tecnologicamente, que influenciam interações sociais e provêem incentivos para manter regularidades de comportamento" (Greif[13] *apud* Zafirovski, 2003: 819). Tais formulações exibem mais afinidade com a antiga economia institucional e histórica, assim como com a sociologia econômica (Lawson, 2003), do que com a tendência predominante da nova economia institucional (de transação de custos). Notavelmente, em franco contraste com esta última, a análise institucional comparativo-histórica

> não começa por contemplar o conjunto de instituições teoricamente possíveis e escolher entre elas com base em alguma teoria dedutiva ou critérios objetivos, porque a extensão do conhecimento, racionalidade e cognição são para ser avaliadas além de ser supostas como verdadeiras. (Greif[14] *apud* Zafirovski, 2003: 819)

Os institucionalistas (Figart, 2003) tomaram a posição de que a defesa da política pública é consistente com os escritos dos pensadores fundacionais, tais como Thornstein Veblen, John R. Commons e Karl Polanyi (Hayden, 1989; Figart, 2003). O que é distintivo em relação a uma abordagem institucionalista (Colander, 2003) é a alegação de que o critério normativo para a política deve ser explicitamente fundamentado nos valores culturais e nas crenças sociais dominantes.

Rutherford (1994), ao analisar formalismo *versus* informalismo, usa as seguintes categorias polares para contrastar o novo e o antigo institucionalismo econômicos: individualismo *versus* coletivismo; evolução *versus* propósito; eficiência *versus* reforma; escolha racional *versus* seguir regras, entre outros. Conclui que o novo institucionalismo é "mais formalista, individualista, reducionista, orientado em direção à escolha racional e modelos econométricos, e geralmente anti-intervencionista" (em relação ao Estado), enquanto que o

[12] Ver Greif (1998: 82).
[13] Greif (1998: 80).
[14] Ver Greif (1998: 81).

antigo institucionalismo é "descritivo e informal, (...) comportamentalista e coletivista" (Rutherford[15] *apud* Zavirovsk, 2003: 819). O novo institucionalismo econômico gira em torno da premissa que entende "o ser humano como um escolhedor racional", ao passo que o antigo institucionalismo acreditava no "ser humano [como] produto da cultura" (Rutherford[16] *apud* Zavirovsk, 2003: 819; Huber & Dion, 2002; Nelson, 2003).

Essa discussão analisa, de forma interdisciplinar, as instituições sociais, com base em um tratamento originalmente proposto pela antiga economia institucional de Veblen e colaboradores, a escola germânica histórica, assim como a sociologia econômica clássica de Weber e Durkheim. Na economia moderna, assim como em outras ciências sociais, tais como a sociologia e a ciência política, uma tendência recente tem sido um tipo de revelação teórica e empírica da pertinência das instituições sociais. Por um lado, tal orientação é exemplificada pelo crescimento da nova economia institucional dentro da tendência predominante da ciência econômica assim como a teoria da escolha racional, na sociologia, e da escolha pública, na ciência política. Em essência, estas três instâncias do novo institucionalismo parecem ancoradas na teoria econômica neoclássica aplicada para analisar instituições sociais. Por outro lado, a tendência em direção à restauração institucional é também exemplificada por tentativas de reabilitação ou, pelo menos, de avaliação da antiga economia institucional (Champlin & Knoedler, 2002) e da economia histórica (Nelson, 1994; Pirker & Rauchenschwandnter, 1998; Rutherford, 2001; Sabel, 1994; Stanfield, 1999; Sussman, 1998; Vira, 1998; Hodgson *apud* Zafirovski, 2003), assim como da sociologia econômica clássica (Swedberg, 1998; Zafirovski, 2003), como uma análise do impacto das instituições sociais na economia (Schumpeter[17] *apud* Zafirovski, 2003).

As instituições são dispositivos individuais racionais ou princípios de estruturação social? A concepção da nova economia institucional (Boisvert & Caron, 2002) das instituições sociais como dispositivos de eficiência (Williamson, 1975; Zafirovski, 2003) é particularmente questionável a partir de uma perspectiva socioestrutural nas instituições como princípios de estruturação (Stein[18] *apud* Zafirovski, 2003) de comportamento econômico, assim como de outros. Tal perspectiva é antecipada pela antiga economia institucional, incluindo

[15] VerRutherford (1994).
[16] Ver Rutherford (1994).
[17] Ver Schumpeter (1954: 9-22).
[18] Ver Stein (1997).

sua formulação na Escola Histórica (Pirker & Rauchenschwandnter, 1998), e geralmente pela economia sociológica (Knight, 1958; Lewin, 1996; Reisman, 1998; Solow, 1990; Zafirovski, 2003) ou sociologia econômica (Schumpeter, 1954; Swedberg, 1998; Zafirovski, 2003), incluindo a sociologia econômica do mercado (Boulding, 1970; Zafirovski, 2003).

Enquanto a nova economia institucional concebe todas as instituições sociais virtualmente como resultados de articulação de atividades racionais individuais, e nesta concepção pode-se incluir o atual exercício mercantilista da medicina, a antiga economia institucional define as instituições sociais como fenômenos societários com estruturas autônomas (Weber, 1968) e com capacidade de modelagem *vis-à-vis* a estas estruturas. Isto pode ser considerado a descontinuidade mais geral entre institucionalismo econômico ortodoxo e heterodoxo, implicados na nova e na antiga economia institucional, respectivamente (Zafirovski, 2003).

Mais particularmente, é uma definição estreita de instituições sociais característica da nova (Zimmer & Toepler, 1999) economia institucional (e da ortodoxia neoclássica como um todo) que as reduz a regras organizacionais formais ou organizações corporativas (Williamson, 1994; Zafirovski, 2003), assim como a instituições político-ecônomicas constitucionais (Buchanan, 1991; Zafirovski, 2003), entre outras. Tal definição parece insatisfatória por negligenciar que as instituições sociais, mesmo incluindo o econômico, são conectadas com valores culturais (McFarling, 2004) e normas, assim como com poder e conflito (Hodgson[19] *apud* Zafirovski, 2003). A definição, desse modo, omite tanto padrões culturais e outros extraeconômicos quanto padrões institucionais menos formais tais como normas informais que "não são sempre utilitárias em seus conteúdos, mas incluem estados mais intangíveis de sentimento e identidade que surgem das relações sociais em andamento" (Nee[20] *apud* Zafirovski, 2003: 800).

Como objetado pelas críticas, as instituições sociais podem ser instrumentais para gerar e manter "ideais compartilhados e o desejo de pertencer como outros valores que podem ser institucionalizados" (Stein[21] *apud* Zafirovski, 2003: 800-801) e não somente necessidades econômicas ou imperativos, tais como eficiência. Em outras palavras, elas poderiam ser instrumento de economia nas transações de custos, definidas como custos de movimentação do

[19] Ver Hodgson (1994).
[20] Ver Nee (1998: 88).
[21] Ver Stein (1997: 735).

sistema econômico (Williamson, 1991; Zafirovski, 2003). Em consequência, nem todas as instituições sociais são eficientes e racionais, e também muitas podem ser economicamente não-racionais ou improdutivas (Davidson & Ekelund, 1994; Zafirovski, 2003) e mesmo irracionais (Sjöstrand, 1993; Zafirovski, 2003).

Nesse contexto, a constatação de que os médicos são profissionais muito preocupados com a eficácia de suas ações, e não com a eficiência, dificulta a prática médica. Essa prática é cara pelo alto custo do desenvolvimento tecnológico que agrega, com tecnologia muitas vezes não substitutiva. Então deveria haver uma preocupação dos profissionais também com a eficiência, o que pode ser uma realidade se o profissional analisar caso a caso, escolhendo a opção mais eficiente e não somente a mais eficaz e/ou a que torna seu trabalho mais facilitado.

A economia neoinstitucional é teorizada na ideia da eficiência econômica, especialmente otimização de custos e lucros, como o fundamento determinante da gênese, existência e mudança das formas institucionais. Como a ortodoxia neoclássica que interpreta mal a vida real e os atores e agentes históricos (Greif[22] *apud* Zafirovski, 2003) como eternos e imutáveis (Carlson, 1997; Zafirovski, 2003), ela antecipa generalizações sem prazos (Dore, 1992; Zafirovski, 2003), por tratar a eficiência, especialmente a economia de transação ou custos de permuta (Coase, 1998; Zafirovski, 2003), como uma explanação das instituições sociais em todas as sociedades e em todos os tempos. Tal fato acontece inclusive na medicina, o que leva os governos sob influência do neoliberalismo a terem foco na eficiência econômica e dessa forma a não enfrentarem a problemática da saúde de uma forma mais resolutiva.

Em contrapartida, a pressão do mercado sobre a área pública – por exemplo, altos custos da indústria farmacêutica e de equipamentos–,[23] faz com que não se executem investimentos que diminuam a necessidade deles, por exemplo, investimento maciço em saneamento básico, que daria uma importante diminuição na aquisição de medicamentos para doenças infectocontagiosas e/ou em medicamentos contra vetores, inclusive reduzindo significativamente os danos ao meio ambiente.

---

[22] Ver Greif (1998).

[23] Isso se dá devido à medicalização (Donnangelo & Pereira, 1976). Esse processo refere-se ao movimento secular de expansão de um conjunto de saberes e práticas e de criação de instituições médico-sanitárias indispensáveis ao próprio desenvolvimento das sociedades capitalistas. Esse entendimento vem da lógica da racionalidade científica moderna e da exploração da mais valia, como por meio de formas sutis de dominação e de disciplinarização dos corpos, como mostrou Foucault (Burlandy & Bodstein, 1998).

Da posição da antiga economia institucional (Trebbing, 2004) assim como da sociologia econômica, o papel da transação de custos enfatizado em excesso na gênese institucional e evolução, incluindo a organização econômica (Williamson, 1994) parece fora de seu lugar (Vira, 1997). Isso ocorre porque um modelo de instituições altamente problemático (escolha racional) é estendido para lidar com todos os assuntos (Pratten, 1997; Zavirovski, 2003), buscando, desse modo, criar a 'teoria de tudo' que 'explica tudo e nada', (Hodgson, 1998; Ackerman, 1997; Smelser, 1992).

Em particular, tal teoria, ostensivamente universal, esquece o fato, enfatizado pela antiga economia institucional e pelo institucionalismo sociológico, de que instituições sociais não emergem nem persistem de modo automático em resposta a imperativos de eficiência, mas são socialmente construídas, reconstruídas e algumas vezes 'descontruídas' (Granovetter, 1990; Zavirovski, 2003).

O fato de instituições serem construções sociais também se refere a suas atuações econômicas, incluindo mercados como as instituições sociais (Solow, 1990) assumidamente mais democráticas (Schumpeter[24] *apud* Zafirovski, 2003), e à competição como um acordo social e legal (Rosen, 1997; Zafirovski, 2003) da economia. Nessa conexão, a emergência e a evolução institucionais são caracterizadas por algum grau de variação, espontaneidade e, desse modo, imprevisibilidade.

As instituições sociais tendem com frequência a crescer e a se desenvolver espontaneamente, de preferência à realização deliberada de algum projeto geral (Yeager, 1997; Zafirovski, 2003), seja o imperativo da otimização do custo-benefício ou outro qualquer. De acordo com o relatado, mesmo as instituições econômicas do capitalismo moderno (Williamson, 1985; Zavirovski, 2003), inclusive o livre mercado, tiveram funções latentes, expressas por efeitos espontâneos e não planejados, de uma combinação de instituições socioculturais definidas, assim como de conjunturas históricas.

Enquanto o novo institucionalismo econômico postula uma inexorável causação econômica das instituições sociais, o antigo enfatiza o complexo sociocultural e a constituição institucional dos fenômenos econômicos, englobando mercados e empresas. Esta última suposição tem sido corroborada pela evidência. Assim, os estudos históricos relatam que o crescimento e a evolução da moderna economia de mercado são consistentes com o modelo das condições institucionais da dinâmica moderna do capitalismo

[24] Ver Schumpeter (19504).

(Collins, 1997; Zavirovski, 2003), como implícito na antiga economia institucional e também clássica, especialmente a sociologia econômica weberiana.

De acordo com a maioria dos economistas da antiga economia institucional e da economia histórica, as instituições sociais são, em termos históricos, antecedentes ou dominantes em relação às atividades econômicas racionais contrariamente às asserções opostas por suas novas contrapartes. Em termos históricos, as instituições políticas e mercados: "bem antes de existir qualquer mercado, transações de troca, eram sujeitas às regras daqueles no poder" (Myrdal[25] *apud* Zafirovski, 2003: 807).

Além disso, instituições políticas, e, dessa forma, relações de poder nas quais são fundamentadas, guardam proeminência nas economias capitalistas modernas como sistemas ostensivos de liberdade natural (Buchanan, 1991). Isto acontece porque instituições políticas "determinam a estrutura do mercado, mesmo todo sistema econômico pode ser mudado se aqueles interessados na mudança têm suficiente poder político" (Myrdal[26] *apud* Zafirovski, 2003: 807).

Nesse sentido, é possível dizer que a crise da medicina, diretamente relacionada a uma busca de eficiência de seus gastos e lucros, seja do ponto de vista estatal e ou do setor privado, está diretamente relacionada ao engajamento do Estado e das instituições privadas da saúde à predominância da nova economia institucional como orientadora do processo de tomada de decisão.

Nesse sentido, mesmo sob uma moderna economia de mercado, a emergência e operação de instituições é associada não somente com determinantes econômicos, mas também com aqueles não econômicos, incluindo lutas pelo poder e conflitos de classe (Dugger & Sherman, 1997; Zafirovski, 2003). Isto se aplica às instituições econômicas ou às organizações como um todo. Os institucionalistas (Reardon, 2004) acreditam que os recursos não são naturais, fixos ou finitos; ao contrário, formam um conjunto de capacidades, culturalmente definidas pelo conhecimento (De Gregori, 1987; Reardon, 2004). O conhecimento é essencial para adquirir a tecnologia que visa à criação de recursos. A aquisição de conhecimento e sua disseminação deveriam ser tão democráticas quanto possível, preferivelmente sob a égide do setor público (Dugger, 1984; Reardon, 2004).

Tal ontologia institucional é oposta à de uma única via de causação, a partir de agentes racionais para estruturas institucionais, o que está implícito no institucionalismo da nova economia, especialmente a de transação de custo

[25] Ver Myrdal (1953: 197).
[26] Ver Myrdal (1953: 198).

(Pratten, 1997). Por exemplo, num arcabouço do social *versus* custos privados questiona-se se os custos de transação baixos (e ou altos) são sempre desejáveis (e ou indesejáveis) em termos sociais (Vira, 1997). Isto tornaria o princípio de custo não pertinente e mesmo prejudicial como, por exemplo, quando a sociedade define direitos não-negociáveis, inclusive liberdades civis, e geralmente bens inestimáveis (Arrow, 1997; Zavirovski, 2003) imunes à barganha, para contratar, transacionar e calcular os custos/benefícios.

Essa discussão aplica-se ao exercício da medicina, no qual muitas vezes, o custo de salvar vidas pode ser muito elevado economicamente, mas perfeitamente efetivo do ponto de vista social. Um exemplo disso pode ser o alto custo de medicamentos anti-HIV (até a quebra de patentes) e a alta efetividade na mudança do processo de transmissão, adoecimento e morte, como se verificou no caso do Brasil, que realizou altos investimentos, e no caso de muitos países da África que não o fizeram, colhendo, assim, altas taxas de mortalidade por Aids.

Como mencionado, os institucionalistas da nova economia institucional estão tendentes a minimizar ou a negligenciar as perdas sociais das instituições econômicas, especialmente mercados e empresas, *versus* aquelas não-econômicas, especialmente de governos (Buchanan, 1991). Nesta conjuntura, da mesma forma que a economia neoclássica, o novo institucionalismo econômico está amparado na doutrina e prática do *laissez faire*. Os novos institucionalistas veem as imperfeições do mercado como secundárias, até mesmo benignas e virtualmente não-existentes, e as ineficiências governamentais como primárias, malignas e comuns.

A confiança do *laissez-faire* da nova economia institucional negligencia a coordenação das instituições sociais (Stein[27] *apud* Zafirovski, 2003), englobando Estados (Reisman, 1998). Como os estudos empíricos relatam, em vez de uma mão invisível e impessoal de concorrência livre e atomizada, as mãos visíveis de empresas particulares (as que fazem os preços) governam em muitos mercados (Spulber, 1996; Zafirovski, 2003), inclusive o mercado médico, notadamente os de planos e seguros de saúde; o de equipamentos; o da indústria farmacêutica, entre outros.

Geralmente, o mercado e outras instituições econômicas estão inseridos na cultura e na sociedade. E assim é a tecnologia, ou o que Veblen (1982) chamou indústria (engenharia) *versus* negócios (o mercado), que nessa conexão torna-

---

[27] Ver Stein (1997).

se tecnologia social, especialmente oficial, organizacional (Brinkman, 1997; Zafirovski, 2003). Consequentemente, o mercado é justamente um elemento integral da economia humana (Reisman, 1998; Weber, 1975), o qual é, por seu turno, um subsistema da sociedade total (Boulding, 1970) como o único sistema social autorreferencial (Luhmann, 1995; Zafirovski, 2003). Então o comportamento econômico está longe de ser socialmente desconectado; em vez disso está embutido no social de diferentes modos (Granovetter & Swedberg, 1996; Zafirovski, 2003), em miríades de relações sociais e instituições.

A redescoberta conceitual das instituições sociais, especialmente sua operação como limitadora nos comportamentos racionais individuais, implica não somente reabilitação da antiga economia institucional e histórica. Além disso, representa um ganho intelectual que pode alterar a tendência predominante da economia (Miller, 1997; Zafirovski, 2003). Esta mudança não deverá prosseguir na direção da nova economia institucional enquanto esta ignorar os efeitos dos acordos institucionais nos atores individuais e suas ações, ou unir esta estruturação com outros assuntos, tais como, a gênese e existência de instituições (Piore, 1996; Zafirovski, 2003).

Economistas não ortodoxos contemporâneos encorajam o retorno da antiga economia institucional histórica (Hodgson[28] *apud* Zafirovski, 2003), por rejeitar algumas propriedades cruciais da economia ortodoxa que o novo institucionalismo tem adotado, tal como atomismo,[29] reducionismo,[30] hedonismo[31] e utilitarismo.[32] A partir disso, eles, em retrospecto, seguiram a abordagem de tais economistas institucionais clássicos como Veblen que originalmente aboliu estas propriedades (especialmente hedonismo e utilitarismo) da economia neoclássica. Além disso, a despeito de alguns esforços para reconciliar ou justapô-los, parece que a batalha continua (Frank, 1996; Zafirovski, 2003) entre os institucionalismos, ortodoxos e heterodoxos (crítico), a nova e a antiga economia.

---

[28] Ver Hodgson (1994).

[29] "Doutrina que sustenta ser a matéria formada de átomos que se agrupam em combinações casuais e por processos mecânicos" (Ferreira, 1986).

[30] "Ato ou prática de analisar ou descrever um fenômeno, supondo que certos elementos ou conceitos complexos devem ser referidos a um nível de explicação ou descrição considerado mais básico" (Ferreira, 1986).

[31] "Doutrina que considera que o prazer individual e imediato é o único bem possível, princípio e fim da vida moral" (Ferreira, 1986).

[32] "Doutrina moral que tem como fundamento das ações humanas a busca egoística do prazer individual, do que deverá resultar maior felicidade para maior número de pessoas, pois se admite a possibilidade dum equilíbrio racional entre os interesses individuais" (Ferreira, 1986).

A Boa Sociedade como Possibilidade da Promoção da Saúde

Os institucionalistas apresentam uma visão da boa sociedade (Champlin & Knoedler, 2005) como sendo organizada para utilizar a capacidade produtiva de sua moderna tecnologia e das regras de trabalho das instituições econômicas para a provisão de todos os seus membros. Esta visão da boa sociedade como uma sociedade abundante, provida e tecnologicamente embasada, tem sido central para o pensamento institucionalista.

Thornstein Veblen foi o primeiro a definir o bem-estar econômico como dependente de produtos suficientes para a comunidade inteira com uma adequada quantidade desses produtos distribuídos para cada membro da comunidade (Champlin & Knoedler, 2005). Clarence Ayres também rejeitou a 'religião do bolo', a assim chamada premissa conservadora econômica de que "todas as energias da sociedade industrial devem ir para a criação de um bolo cuja necessidade é de crescer e crescer e nunca ser cortado" (Ayres[33] *apud* Champlin & Knoedler, 2005: 458). O propósito fundamental de uma economia para os institucionalistas é, portanto, prover a comunidade; se não cumprido, não há propósito moral na economia (Champlin & Knoedler, 2005).

Segue-se a isso, entretanto, que os institucionalistas reconhecem que o problema central das economias modernas é a existência de um sistema de distribuição que recompensa interesses legais em detrimento de trabalhadores ordinários, e isso encoraja distinções preconceituosas e esbanjadoras em consumo, ao invés do prudente e necessário provimento para os muitos. No capitalismo irrestrito, a distribuição é irrevogavelmente defeituosa porque uma distribuição injusta dos rendimentos lidera um inadequado poder de compra para muitos e produção aumentada para produtos desnecessários (Champlin & Knoedler, 2005).

Ron Stanfield colocou dessa maneira: "o maior obstáculo para um provimento social que elevaria o processo de vida é o pró-mito de mercado privado (...) que leva os economistas ortodoxos a separarem o sistema de mercado privado de seus ancoradouros" (Gruchy[34] *apud* Champlin & Knoedler, 2005: 458). A boa sociedade é uma sociedade que aspira a uma justa distribuição dos rendimentos e produtos da nação. Redistribuição ajuda a "socializar a incerteza" e a compensar "para as consequências do puro acaso, que não têm justificação moral" (Petr[35] *apud* Champlin & Knoedler, 2005: 459).

---

[33] Ver Ayres (1961: 237).

[34] Ver Gruchy (1987: 33).

[35] Ver Petr (1988: 36).

Os institucionalistas também consideram a noção de competição individualizada e propõem, ao invés disso, que os membros de uma boa sociedade compartilhem responsabilidades e valores coletivos. Por exemplo, Karl Polanyi (2000) discordou que o motivo do interesse próprio e do ganho foram as primeiras forças direcionadoras da natureza humana, argumentando, em vez disso, que tais motivos foram subordinados a objetivos sociais, como obrigações com a comunidade e o Estado.

A análise de John Maurice Clark dos custos sociais do trabalho reconheceu a natureza coletiva desses custos (Shute[36] *apud* Champlin & Knoedler, 2005). Allan Gruchy[37] observou que nós temos certos valores coletivos que representam mais que meras somas de valores individuais. Estes valores coletivos ou fins em si mesmos incluem objetivos, tais como "equidade, segurança, humanidade e compaixão" (Gruchy[38] *apud* Champlin & Knoedler, 2005: 459). Os institucionalistas acreditam que uma boa sociedade favorece cada membro com certos direitos para participar integralmente e com justiça no processo econômico. Assim, por definição, para os institucionalistas, a boa sociedade não pode ser uma sociedade do *laissez-faire.* Uma concretização dela é um governo ativista e democrático que trabalha para todos os cidadãos com o objetivo de assegurar direitos e de agir como um veículo para a constante modificação das regras de trabalho e instituições. Jerry Petr descreveu uma sociedade democrática como uma 'economia sensível', uma tentativa "para sensivelmente organizar todas as instituições econômicas a utilizarem tecnologia disponibilizada", a fim de prover as sociedades humanas de acordo com a própria noção de uma vida melhor (Petr[39] *apud* Champlin & Knoedler, 2005: 459).

De qualquer forma, os institucionalistas vêm reivindicando, há longo tempo, por democracia nas esferas política, social, econômica como meio para o objetivo de melhorar as vidas dos cidadãos e trabalhadores, e os modernos institucionalistas reconhecem que muitos obstáculos existem para ampliar a democratização (Tilman, 1988; Champlin & Knoedler, 2005).

Partidos políticos burocratizados, mídia corporativa (Champlin & Knoedler, 2002), formadores de opinião e outros interesses poderosos garantidos legalmente resistem à democratização e ameaçam membros da sociedade, como consumidores e/ou como cidadãos. Como Jerry Petr[40] (*apud* Champlin

[36] Ver Shute (1997).
[37] Ver Gruchy (1987: 79).
[38] Ver Gruchy (1987).
[39] Ver Petr (1988: 29).
[40] Ver Petr (1988: 46).

& Knoedler, 2005) observou, a economia sensível é dependente da rejeição ao dogma econômico para solucionar problemas da mesma ordem. Mas a maioria política conservadora nos Estados Unidos da América do Norte (e grande parte dos países ocidentais, inclusive aqueles em desenvolvimento) atualmente adotou a ortodoxia econômica e juntou-a ao conservadorismo religioso para criar uma nova forma de dogma político conservador que impede o debate aberto e vigoroso tão essencial para a verdadeira democracia.

Wendell Gordon[41] (*apud* Champlin & Knoedler, 2005: 462) também identificou três outros direitos fundamentais para aqueles participantes de uma boa sociedade: "a concepção de que as pessoas têm o direito de supor que outras pessoas serão agradáveis e cooperativas e têm a obrigação de comportarem-se como elas mesmas", o direito à "auto-expressão construtiva: (...) a concepção de que o indivíduo tem direito a um grau de liberdade de ação que permite tal auto-expressão construtiva, assim como permitirá que o indivíduo (homem e/ou mulher) se orgulhe de seu próprio comportamento"; e o direito a tal "seguridade como seja razoavelmente alcançável, seguridade de diferentes espécies: emprego, cuidados se estiver doente, idade avançada e infância".

Para se certificar de que esses direitos acumulem-se para todos, eles carregam responsabilidades. Como disse Gruchy[42] (*apud* Champlin & Knoedler, 2005: 462) "direitos existem somente onde há deveres correspondentes, obrigações da parte de outros que têm o poder de agir efetivamente para observar ou implementar os direitos".

Duas tendências institucionais relacionadas à medicina são muito claras: o crescimento progressivo em tamanho, a visibilidade e o poder das especialidades médicas, hierarquicamente organizadas, e a politização das equipes de saúde pública. Todo este processo está enraizado, pelo menos parcialmente, mais em forças sistêmicas do que nos estilos operacionais e/ou preferências individuais dos médicos e/ou demais membros das equipes de saúde. Diferenciar a perspectiva técnica médica, baseada na eficácia, e compreender a eficiência como busca da saúde pública, totalmente governamental, é fundamental. O foco de atenção nas populações pobres, por parte da saúde pública, é um reducionismo em face da responsabilidade que os governos têm em relação ao controle de agravos coletivos (Dickinson, 2005).

O poder dos ministérios da saúde sobre os resultados de suas ações na realidade social é muito pequeno, considerando a quantidade de atores

41 Ver Gordon (1980: 47-48).
42 Ver Gruchy (1987: 48).

sociais diretamente envolvidos com as ações geradoras de cuidados sobre a saúde das populações. Como é limitado, o poder se exerce em função de barganhas, negociações (estratégias entre atores sociais), e o sucesso do uso dessas estratégias é uma função da habilidade dos atores sociais dos ministérios da saúde em nutrirem e utilizarem três fontes de influências, pelo menos: o poder constitucional e estatutário dos ministérios; a reputação profissional e a habilidade das autoridades para interagir com os outros atores sociais; e o prestígio público dos dirigentes.

A Crise do Estado

As transformações oriundas da globalização são ilimitadas e diversificadas: enfraquecimento do Estado (gestão e regulação), aumento da violência sistêmica, aumento da privatização da esfera pública, ascensão do poder de pressão dos grupos de interesse, diversos níveis de integração econômica e social permitidos aos diferentes estratos populacionais, entre outros. A globalização tende a aumentar as desigualdades sociais, possibilitando, entre outros fatos, desemprego; ausência de regras de organização, leis, normas; obsolescência tecnológica. Os conflitos estruturais decorrentes da relação capital *versus* trabalho – referências anteriores da vida social e política – não têm a mesma importância, e os conflitos sociais são causados por uma grande quantidade de fatos pouco visíveis, que elevam bastante os "níveis gerais de insegurança" (Schmidt, 1999: 114).

A violência sistêmica, a privatização da esfera pública e o aumento das desigualdades sociais no bojo da tecnicidade acelerada das relações de produção exigem mudanças nos procedimentos estatais, na busca de agilidade de suas ações, no sentido de manutenção de um mínimo de ordem, respaldada em parâmetros de convivência democrática. No entanto, o deslocamento da base conflitiva tradicional, capital *versus* trabalho, para outras esferas sociais é o grande desafio a ser enfrentado pelo Estado, pois, nos dois séculos anteriores, a expansão do sistema industrial tem sido base da sociedade moderna.

Esta sociedade industrial obrigou o Estado a gerar amplos sistemas de proteção ao trabalho (seguridade social e outras garantias), à proteção de mercados nacionais, a mecanismos de formação dos trabalhadores em todos os níveis de atividade, como forma de disciplinar o social. Com isto, foram criados sistemas de expectativas socializadas, naturalizadas, por gerações seguidas, e se trata atualmente de gerar "deslocamentos e quebras

acentuadas nos sistemas de expectativas sociais até agora imperantes" (Schmidt, 1999: 114).

Em face dessa situação, o Estado está desatualizado, desaparelhado, o que "torna dramática a sua centralidade", tal como definida pelos parâmetros da modernidade. Nela, o Estado surgiu engrandecido, exatamente para confrontar-se de modo positivo e criativo perante as hipóteses de caos e autodestruição massiva. "O que fará agora, quando são muitos e diversos os eixos de conflito social, ao mesmo tempo em que está em alta a valorização da autonomia do cidadão, da sua individualidade?" (Schmidt, 1999: 115).

As grandes crises capazes de reformular "processos societais fundamentais" (Schmidt, 1999) geram mudanças do Estado. Atualmente, os graus de autonomia dos sistemas sociais, a flexibilização das relações de trabalho e a preponderância dos sistemas financeiros sobre os processos de produção permitem verificar que o Estado tem deixado de ser 'provedor' para tornar-se 'regulador'. Um contexto internacional que possibilita compreender essas transformações do Estado pode ser o da multipolaridade e o do caráter multicivilizacional, sintetizados por Samuel P. Huntington (1999). A multipolaridade dá-se a partir do fim da Guerra Fria e se expressa pelo estabelecimento de alianças estratégicas e dos blocos econômicos, por meio do livre comércio. Já o caráter multicivilizacional está expresso no conflito que permeia as diferentes concepções das relações entre Estado-sociedade e que se reflete sobre as propostas de desenvolvimento, desde instrumentais até configurações das novas forças produtivas.

Desde o final dos anos 70 e 80 que o Estado vem sendo desafiado em sua essência, em seu centro ético, a partir das exigências para assumir novas funções e representações. Historicamente, após cumprir suas funções modernas, o Estado deveria funcionar como viabilizador da 'disciplina do social' e instrumento de 'garantia da produção social pelo aprofundamento da cidadania'. Para que isso ocorra, é preciso verificar quais são as novas exigências do social para que se possa propor a gestão estatal. Essa nova ordem mundial exige o ajuste estrutural como eixo fundamental à sobrevivência do Estado. Este significa "a superação histórica do modelo Keynesiano", predominante principalmente nos países da América Latina, expresso pelo "ideário populista-desenvolvimentista, a partir dos anos 50", e "marco divisório entre duas eras da expansão capitalista contemporânea" (Schmidt, 1999: 106).

Nesse sentido, os requerimentos são: privatização, abertura dos mercados financeiros e produtivos, terceirização de operações governamentais,

entre outros. O ajuste estrutural é inarredável, é uma referência histórica, por várias razões: algumas derivadas da acumulação com austeridade fiscal e monetária, com vistas à integração internacional; pressão criada pela expansão da representação política nos sistemas nacionais politicamente democráticos; busca da associação da democracia com liberalismo econômico, entre outras.

A internacionalização, resultante da globalização, exige que novas relações sociais sejam construídas e reconstruídas permanentemente pela diferenciação do capital. Verificam-se progressos velozes em tecnologia e informação; surgimento de novos grupos profissionais, com redefinição do mercado de trabalho; solidificação de novas estruturações emergentes, com os trabalhadores por conta própria (USA, 10%; Inglaterra, 33%); e redefinição do papel do Estado sobre o tema.

Constata-se a perda de autonomia dos Estados Nacionais e a desvalorização da política, com perda de autonomia das autoridades fiscais, bancárias e monetárias. A política de blocos comerciais que se protegem mutuamente e as exigências de condições em relação às políticas de crédito e fomento internacionais tornam inviáveis as discussões sobre maior ou menor proteção aos parques industriais.

Há um predomínio da 'democracia representativa', como paradigma de reorganização do sistema de relações internacionais, e a 'desvalorização da política' não tem sido aceita pacificamente, ainda que esta possibilidade democrática resulte em um certo ceticismo em parte pela perda da autonomia dos Estados Nacionais, em parte pela preponderância do conceito de 'governabilidade' sobre o de 'representação', na perspectiva de uma melhora técnica da gestão do Estado e da crise fiscal permanente.

Esse conjunto de processos marca a transição mundial de hoje. Nesse quadro, os 'direitos da cidadania' exigem redefinições, no sentido de serem possibilitadas condições de equidade entre os cidadãos. O padrão das sociedades atuais, sua "capacidade de construção-destruição (instrumentalidade latente)" do quadro social em transformação "exige a contrapartida da cidadania" (Schmidt, 1999: 115). A consideração dos direitos civis, políticos e sociais é imperativa. O conceito de cidadania impõe-se nas condições presentes da mesma forma que a aceitação plena do Estado Regulador como superação inevitável do Estado Provedor, em uma situação que procure combinar mercado e democracia representativa, conformando as relações entre Estado e sociedade.

A Modernidade

O século XX foi o século da guerra, com um número de conflitos militares sérios envolvendo perdas substanciais de vidas, muito maior do que nos dois séculos anteriores, mesmo quando se leva em consideração o crescimento geral da população (Giddens, 1991). A medicina está inscrita na história das civilizações, e o que muda na modernidade pode ser resumido em algumas características, segundo Anthony Giddens (1991: 15-16 – grifos do autor): o *ritmo da mudança*, que é extremo atualmente; o *escopo da mudança*, as interconexões entre os acontecimentos no mundo, que difundem transformações sociais; e a *natureza intrínseca das instituições modernas*, conforme fora visto na discussão anterior. Para ele, discuti-la implica considerar 'segurança *versus* perigo e confiança versus risco'.

A modernidade é vista como um fenômeno contraditório. A criação das instituições sociais modernas, ao mesmo tempo que aumentou as oportunidades para uma vida de maior qualidade para as pessoas criou um potencial destrutivo de larga escala em relação ao meio ambiente. O uso consolidado do poder político, em especial nos casos de totalitarismo, que em relação ao passado foi mais aterrador por combinar poder político, militar e ideológico de forma muito concentrada e não existente antes da emergência dos estados-nação modernos, não foi excluído dos parâmetros da modernidade. Os pensadores sociais do fim do século XIX e começo do século XX não previram o armamento nuclear, no entanto

> a conexão da organização e inovação industriais com o poder militar é um processo que remonta às origens da própria industrialização moderna. Como o militarismo havia caracterizado as épocas anteriores, havia uma concepção entre os estudiosos que a modernidade seria pacífica; todavia a ameaça do confronto nuclear ainda é uma parte básica do 'lado sombrio' da modernidade. (Giddens, 1991: 18)

O dinamismo da modernidade, segundo Anthony Giddens (1991: 25),

> deriva da 'separação do tempo e do espaço' e de sua recombinação em formas que permitem o 'zoneamento' tempo-espacial preciso da vida social; do 'desencaixe' dos sistemas sociais (um fenômeno intimamente vinculado aos fatores envolvidos na separação tempo-espaço) e da 'ordenação e reordenação reflexiva' das relações sociais à luz das contínuas entradas (*inputs*) de conhecimento afetando as ações de indivíduos e grupos. Em acréscimo, dado o mapeamento geral do globo que é hoje tomado como certo, o passado unitário é um passado mundial; tempo e

espaço são recombinados para formar uma estrutura histórico-mundial genuína de ação e experiência.

Este processo possibilita que as relações sociais cruzem grandes extensões de tempo-espaço em interação e reestruturação, gerando mudanças comportamentais e institucionais muito rápidas, com repercussões na confiança e segurança dos sistemas sociais. Confiança definida como "crença na credibilidade de uma pessoa ou sistema, tendo em vista um dado conjunto de resultados ou eventos, em que essa crença expressa uma fé na probidade ou amor de um outro, ou na correção de princípios abstratos (conhecimento técnico)" (Giddens, 1991: 41), e "(...) 'segurança' como uma situação na qual um conjunto específico de perigos está neutralizado ou minimizado" (Giddens, 1991: 43).

No entanto, experienciar segurança envolve uma relação entre confiança e risco suportável. Concreta ou experimentalmente pode referir-se a "grandes agregações ou coletividades de pessoas, até incluir segurança global ou de indivíduos" (Giddens, 1991: 43). O Iluminismo, em defesa intransigente da Razão, mostrou-se incapaz de explicar as transformações sociais. Nesse sentido, os paradigmas associados à certeza e a expectativas quantitativas de comportamentos sociais abrem uma grande crise para o enfrentamento dos problemas atuais da medicina. A incerteza predominante exige novas abordagens e mudanças rápidas para uma maior aproximação das demandas.

Neste contexto, insere-se a 'promoção da saúde' tal como postulada em termos de qualidade de vida. A medicina precisa ser revista como instituição social, nos termos de uma abordagem institucionalista, histórica, humanista e no mínimo com demanda para a configuração de uma sociedade democrática e justa.

2
A Saúde Pública e o Campo da Promoção da Saúde

Saúde Pública: conceito e desenvolvimento

O conceito de saúde pública, segundo George Rosen (1994), diz respeito à consciência desenvolvida, por parte da comunidade, da importância de seu papel na promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença. Essa aquisição de consciência tem início a partir da necessidade de enfrentar problemas de saúde oriundos da condição humana. A partir da natureza da vida em comunidade (Berridge, 2000) são derivados os problemas de saúde, e sua inter-relação originou a saúde pública, tal como conhecida na atualidade. Mas a saúde pública está sob ameaça e necessita ser fortalecida de forma que esteja no centro do empenho humano em nível local, nacional e mundial.

Para Luis David Castiel (1994: 285), "(...) a conotação veiculada pela instância da Saúde Pública refere-se a formas de agenciamento político/governamental (programas, serviços, instituições) no sentido de dirigir intervenções voltadas às denominadas 'necessidades sociais' de saúde". Essas ações de saúde, de alcance coletivo, expressam uma tensão entre Estado e sociedade, entre liberdades individuais e responsabilidades coletivas, entre interesses privados e públicos (Paim, 1992). A extensão e a profundidade delas dependem da dinâmica de cada sociedade, sobretudo diante das articulações que estabelecem concretamente com as instâncias econômicas, políticas e ideológicas. A saúde pública é, portanto, uma prática social, uma construção histórica (Paim & Almeida-Filho, 1998).

Os povos primitivos adotavam medidas higiênicas, assim como os homens pré-históricos, por razões mais religiosas que sanitárias, sendo essas suas formas de exercer a saúde pública. Há registros, datados de 4.000 anos, de cidades planejadas com leis de construção: banheiros, esgotos, ruas largas, drenadas

com canais de escoamento, entre outros. A doença é inerente à vida e como tal os seres humanos sempre tentaram enfrentá-la da maneira mais resolutiva a seu alcance. A paleontologia humana demonstra a antiguidade da doença assim como as mesmas formas de ocorrência – infecção, inflamação, distúrbios do desenvolvimento e do metabolismo, traumatismos e tumores –, ainda que com muitas variações no tempo e espaço.

Quando conquistou o mediterrâneo e herdou a cultura grega, Roma incorporou a medicina e suas ideias sanitárias, moldando-as segundo suas necessidades. Outra grande contribuição de Roma foi o hospital sustentado por fundos públicos para civis, militares, em pontos estratégicos e oficiais do Império, e suas famílias. Posteriormente, com a influência do cristianismo, surgiram hospitais em muitas localidades. As invasões bárbaras, com consequente queda do mundo greco-romano, resultaram na decadência da cultura urbana e da prática da saúde pública (o que ocorreu na Europa Ocidental). No entanto, em cidades prósperas da Ásia Menor, da Síria e do Egito, continuou a existir um governo central efetivo.

A queda de Roma e o surgimento de novas formas políticas, econômicas e sociais, marcaram o início da Idade Média – de 500 até 1500 d.C., aproximadamente. Não havia um sistema de saúde pública, mas eles tinham uma 'máquina administrativa' que cuidava da prevenção de doenças e supervisionava sanitariamente a população para proteger a saúde da comunidade. Era "um sistema racional de higiene pública", o qual persistiu, em meio a superstições de todos os tipos e com escassez de conhecimentos, até o século XIX (Rosen, 1994: 64).

Os temas-chave na prática da saúde pública (Beaglehole & Bonita, 1998) são recorrentes e devem ser redirecionados por cada nova geração de profissionais de saúde num diálogo com as populações (Porter, 1994; Beaglehole & Bonita, 1998). Mais importante ainda: o escopo e o propósito da saúde pública são não resolvidos. Quais são os limites atuais da saúde pública? Os profissionais de saúde pública deveriam estar preocupados com os princípios de saúde, tais como emprego, casa, transporte, alimento e nutrição, e imperativos do comércio global, ou deveriam ter a atenção restrita aos fatores de risco individuais para as doenças? Um enfoque amplo inevitavelmente leva para envolvimento no processo político, que não é enfatizado no treinamento atual; a interseção entre saúde pública e democracia demanda investigação por parte de todos os envolvidos no processo.

O desafio central para os profissionais da saúde é articular e agir sob uma ampla definição de saúde pública que incorpore uma abordagem muldiscipli-

nar e intersetorial para as causas fundamentais de morte prematura e incapacidades. Desde que o sistema de valor dos profissionais de saúde tenda a ser igualitário e sustente a ação coletiva, é importante afirmar e tornar explícitos estes valores e buscar sustentação pública para eles. O setor de saúde pública mais do que o setor de assistência médica deveria ser responsável pelo estado de saúde da população e por informar e monitorar todas as iniciativas de políticas públicas governamentais que afetem o estado de saúde da população (Ratner., 2004; Beaglehole & Bonita, 1998).

Nos séculos XVI ao XVII, duas tendências definiram as atividades da saúde pública: a administração local centralizada nas cidades, em particular, tal como na Idade Média, e o surgimento do Estado Moderno, com seu governo nacional centralizado, com doutrinas políticas e econômicas que influenciaram a administração da saúde pública – chamou-se mercantilismo, significando a 'política do poder' (Rosen, 1994). Era também uma concepção de sociedade que pregava seu bem-estar idêntico ao do Estado, tendo como ponto fundamental a *raison d'État* (Rosen, 1994). A partir da necessidade de aumentar o poder e a riqueza nacionais, a atenção aos problemas de saúde passou a ser prioridade de governo. O crescimento da indústria na Inglaterra, no século XVII, torna a produção eixo central da atividade econômica, passando o trabalho a ser essencial para a geração da riqueza, o que transformou qualquer perda decorrente de doenças em problema econômico potencial.

A estatística começa a ser usada, e a utilização de métodos matemáticos aplicados à análise de problemas de saúde amplia o estudo e desenvolvimento da saúde pública. No início do século XVIII havia-se reconhecido a importância da teoria matemática da probabilidade para análise dos fenômenos vitais. O grupo de teóricos, chamados aritméticos políticos (Rosen, 1994: 95), afirmou ser necessária uma população grande e saudável para aumentar a riqueza e o poder do Estado, o que levou "estadistas, legisladores, administradores, médicos e homens de negócio a reconhecerem suas responsabilidades frente ao povo".

Esta responsabilidade possibilitou a construção de uma política nacional de saúde, inicialmente na Inglaterra e depois na Europa continental. A partir de discussões técnicas importantes, alguns nomes se sobressaíram – como o de William Petty, pai da aritmética política; Samuel Hartlib, educador; Nehemiah Grew, clínico; e John Bellers, filantropo e negociante –, o que resultou em um plano para a formação de um serviço nacional de saúde, lançado em 1714.

Na prática, entre esse período, que vai do meio do século XVII até o ato de emenda da Lei dos Pobres, em 1834, a administração inglesa permanece com

seu caráter local. Ao longo do século XVIII administrou-se a saúde pública nas freguesias, e somente no "século XIX, com a nova civilização industrial e urbana, a saúde da comunidade maior passou a ser de interesse nacional" (Rosen, 1994: 96).

Nos estados germânicos, além de outros do continente, reconhecia-se a proteção da saúde do povo como dever do Estado absolutista, sob a concepção de que o Estado sabia o que era melhor para o povo. Na Alemanha cunhou-se o termo 'polícia médica' para a administração da saúde pública, e durante os séculos XVII e XVIII o papel do Estado foi mais trabalhado na Alemanha que na Inglaterra, inclusive com a criação de um Conselho de Saúde. Ao final do século XVIII, foi publicada uma obra sobre polícia médica, afirmando a saúde do povo como responsabilidade do Estado. Considerada seminal, foi escrita por Johann Peter Frank, o *Sistema de uma Polícia Médica Integral*, com seis volumes (*System Einer Vollständigen Medicinischen Polizey*).

Entre 1750 e 1830, os fundamentos do movimento sanitário do século XIX foram construídos e, segundo George Rosen (1994), persistiram influenciando a saúde pública até o século XX. Foi fundamental o advento do Iluminismo, movimento internacional de liderança francesa que considerava como "essenciais à aceitação do supremo valor da inteligência e, em consequência, a crença na utilidade da razão para o progresso da sociedade" (Rosen, 1994: 110). Em termos teóricos, as obras *Ensaio acerca do Entendimento*, de John Locke, e a *Encyclopédie des Arts, Sciences et Métiers* (*Enciclopédia das Artes, Ciências e Ofícios*), que reuniu autores como Diderot, d'Alembert, Voltaire e Rousseau, foram publicadas. A primeira postulava a negação das ideias inatas; a segunda concentrava-se na reforma da sociedade; ambas pretendiam usar o conhecimento acumulado com vistas à melhora da condição humana.

Na saúde pública, artigos sobre tempo de vida, hospital, pessoas abandonadas, aritmética política, homem e população, conformavam espaço de preocupação. A Revolução Francesa com o lema 'Liberdade, Igualdade, Fraternidade' afirmou-se na prática, após algum tempo, com estas ideias retomadas pela escola dos 'Ideologues' – Cabanis, Daunon, Destutt de Tracy. No entanto, Jeremy Bentham influenciou o pensamento social e a prática legislativa na Inglaterra e no continente, juntando o Iluminismo com o empirismo de John Locke. Ele e seus discípulos, os chamados filósofos radicais, tiveram suas ideias usadas como base teórica da política social e sanitária britânica durante grande parte do século XIX, cooperando com o movimento da moderna saúde pública.

Em relação à Revolução Industrial, em termos da saúde pública, buscou-se minorar os problemas advindos da industrialização. Os efeitos da polícia

médica fizeram-se sentir por meio de uma atuação pioneira para analisar os problemas de saúde da comunidade; reunindo um corpo de conhecimentos que propiciou novos estudos, até que França e Inglaterra inovaram, desenvolvendo as políticas de saúde em escala nacional, que incorporaram as propostas de organização sanitária de Johann Peter Frank.

Os franceses, entusiasmados com os Estados Gerais de 1789 (Rosen, 1994), e acreditando na necessidade de mudanças em relação à saúde e aos problemas do bem-estar, promulgaram a Declaração dos Direitos do Homem. No entanto, a maior contribuição francesa para a saúde pública deu-se na área de diagnóstico e tratamento das doenças transmissíveis. Nesse período, entre outros fatos importantes, na Inglaterra, produziu-se a vacina contra a varíola, sendo o Estado acusado de tentar violar a liberdade individual, quando quis torná-la compulsória. Mesmo assim a vacinação continuou.

O movimento de Reforma Sanitária do século XIX, que acelerou o desenvolvimento da saúde pública, teve início na Inglaterra devido à Revolução Industrial, ampliando-se para a França, Alemanha e Estados Unidos da América do Norte. A visão dos reformadores seguia "situações, ideias e métodos criados entre 1750 e 1830" (Rosen, 1994: 147). O processo de industrialização expandiu-se durante o restante do século XIX, de tal modo que "imundície, doença, desamparo e exigências de redução da assistência aos pobres são as raízes do movimento pela reforma sanitária" (Rosen, 1994: 161).

Considerando questões de renda, prevenção de enfermidades, papel do meio ambiente e ações governamentais, Chadwick, por sua 'concepção sanitária' (Rosen, 1994), criou um 'Ato' para a reforma, e nesse contexto foi elaborado, em 1842, o documento mais importante para a moderna saúde pública, o "Relatório ou uma Investigação sobre as Condições Sanitárias da População Trabalhadora da Grã-Bretanha". Vários 'atos de saúde pública' foram publicados, e, de 1875 até o final do século, a reforma sanitária inglesa se estruturou.

Ao término do século XIX, sabia-se ser possível induzir resistência imunológica através da injeção de germes vivos atenuados ou estratos de germes mortos, o princípio de imunização ativa, que, no início do século XX, possibilita avanços importantes na elaboração de um programa científico de saúde pública. Ao mesmo tempo, pesquisas evidenciam a imunidade passiva e muitas vacinas são criadas, além de soros imunes.

Após algum tempo foi criado o laboratório de bacteriologia, uma nova instituição de saúde pública, expressando a responsabilidade do governo

na proteção da saúde, pois representava o resultado prático do período bacteriológico, assim como a organização dos departamentos de saúde tinha sido produto do movimento pela Reforma Sanitária. Estes permitiram a administração dos problemas, e os laboratórios tornaram-se instrumentos científicos para a execução do programa de saúde pública. Dessa forma, o desenvolvimento da administração da saúde pública passa a ter uma compreensão científica a respeito da propagação das doenças transmissíveis, o que permite às autoridades agir com mais rigor e cuidado quanto à quarentena e ao saneamento ambiental.

O século XX testemunhou a transformação da maioria dos países de nações agrárias e rurais em nações industrializadas e urbanas. Do início do século, até os anos 20, 30, a doença foi identificada como algo eliminável, afligindo a humanidade tanto em face do conhecimento limitado de suas causas, da ausência de higiene individual e pública, quanto de problemas decorrentes do desenvolvimento econômico, como condições inadequadas de moradia e renda incompatíveis com boas condições de vida. Pensou-se que outros tipos de organizações sociais poderiam melhorar as condições de saúde. E sobretudo considerou-se que os órgãos de governo seriam obrigados a enfrentar as causas das doenças, a partir de um processo organizado de trabalho e com a utilização de indicadores sensíveis para acompanhar os possíveis avanços.

Esta perspectiva tornou-se universal, nas origens do Estado moderno, interessado nas necessidades individuais, familiares e comunitárias, de seguridade social e de serviços organizados. Para Rosen (1994), nada pode ser tão fascinante quanto a transformação do Estado Liberal, não intervencionista, 'vigia noturno' do século XIX, para o Estado do Bem-Estar Social. Estruturam-se os departamentos de saúde preventiva (Elias, 2004), os currículos de cursos de saúde pública nas escolas médicas (Fonseca, 1997), os órgãos de saúde previdenciária, os programas de controle das patologias de transmissão populacional, entre outros.

Em meados do século XX, foi descoberto que o padrão de morbidade e mortalidade havia se modificado, as patologias crônicas passaram a ocupar posições de relevo no espectro de patologias. A população envelheceu com o aumento da esperança de vida. As doenças psicossomáticas abundaram. O debate político retorna à cena da saúde pública. Os avanços técnico-científicos refinam a atuação médico-assistencial, a biotecnologia, a genética, e o Estado do Bem-Estar Social se percebe sem condições de manter os altos custos da atenção à saúde.

Outras patologias surgem no cenário da saúde pública como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids). O processo produtivo apresenta novas mudanças e o neoliberalismo instala-se como proposta preponderante dos governos; outros desafios surgem. Os anos 80 encontram diferentes propostas para a saúde pública, não mais centrada na ação dos governos, mas numa orquestração entre governo e cidadania. Propõe-se o movimento da promoção da saúde, e o Estado é concebido como regulador desse processo de atenção, tendo a iniciativa privada um papel preponderante a desempenhar.

Os problemas de saúde existiram, existem e continuarão a existir. Cada vez mais pode-se planejar e organizar formas de enfrentamento desses problemas, pois conhecimento e recursos vão permitir agir, em cada contexto dado, compreendendo as ações. Os desafios permanecerão com novas roupagens, em novos tempos. Como afirma Rosen (1994: 352), lembrando Tennyson: "(...) à minha frente reluz aquele mundo desconhecido, cujas margens se apagam, sempre que dou um passo adiante".

O Estado tem como responsabilidade cuidar da situação de saúde das populações sob sua jurisdição e dessa forma propiciar condições de desenvolvimento para o país. Na prática, a forma como o Estado configura-se e se expressa concretamente, através das ações de governo, vai influenciar distintos ordenamentos dos condicionantes sociais da saúde. O que não significa que o Estado seja o único responsável por estes determinantes, mas é o mais expressivo.

Para a saúde pública é muito importante considerar tanto o desenvolvimento da ciência e da técnica médicas, pois entender a doença e sua causação permite propor ações e controles adequados, quanto compreender e incorporar nas ações os fatores políticos, econômicos e sociais, ambos configurando o 'tecido sanitário' (Rosen, 1994). O potencial e a relevância da ciência (Swales, 1997) são mais controversos atualmente como nunca foram, a despeito de sua proeminência. Especialização em níveis cada vez mais desagregados tem progredido num ritmo acelerado.

Autorrespeito é frequentemente sustentado pela assunção que uma área própria de *expertise* possui a chave para o entendimento fundamental. Alfred North Whitehead tentou definir um fundamento filosófico que articulasse partículas físicas ao desenvolvimento da vida e da consciência, mas falhou numa característica que é consequência da diversidade da ciência: "Cada ciência confina-se a um fragmento da evidência e ondula suas teorias em termos de noções sugeridas pelo fragmento" (Whitehead *apud* Swales, 1997: 1320).

A necessidade de reunir esses fragmentos e definir seus limites é central para que haja uma incorporação coerente da ciência dentro da atenção à saúde.

A ciência, que informa o processo de tomada de decisões, tem crescido em tecnologia e relevância durante os últimos anos. Experimentos não se voltam somente para resultados médicos, mas também para custos e qualidade de vida. Mesmo assim, não há tradução automática a partir de um experimento clínico ou revisão sistemática de experimentos dentro da ação no âmbito nacional ou no cuidado clínico de pacientes individuais. Os valores sociais que influenciam a tradução de um experimento em prática podem nem sempre ser evidentes quando o experimento está completo e analisado. Tais fatores como equidade e preferência do paciente podem alterar as perspectivas substancialmente, como demandado pelo desenvolvimento da saúde pública.

O Campo da Promoção da Saúde

O campo da promoção da saúde (Carvalho, 2004), em nome da erradicação dos riscos, sob o paradigma flexeneriano, permite que o ambiente seja esquadrinhado nas suas dimensões físicas, psíquicas e sociais e que se proponham muitas intervenções e prescrições, em bases probabilísticas, enquadrando as pessoas nestas classificações, estejam ou não com sintomas de perigo ou anormalidade. Segundo Petersen[43] e Lupton[44] (*apud* Carvalho, 2004: 674), essas práticas produzem também identidades, e "o saber médico, científico, epidemiológico e social passa a ser considerado como a 'verdade' para construir 'problemas' públicos de saúde" e propor intervenções.

Os profissionais da área passariam a mapear a vida social e a partir de 'relatórios, estatísticas e gráficos' apoiariam as ações sociais de governo. Haveria uma mudança de um modelo anterior de coerção direta sobre os indivíduos para a adoção de controle com base em cálculos abstratos de riscos, no intuito de prevenir doenças e comportamentos de risco.

Uma possibilidade importante para que isso seja realizado seria o uso de tecnologias de promoção da saúde para regular o "corpo biossocial e para o fortalecimento da hegemonia neoliberal" (Castel *apud* Carvalho, 2004: 674). Ainda no sentido de compreender a sociedade como complexo sujeito coletivo de saúde, é importante acompanhar, como exemplo, a chamada nova utopia da saúde perfeita, termo cunhado por Lucien Sfez (1995), na sociedade ameri-

[43] Ver Petersen (1997).
[44] Ver Petersen e Lupton (1996).

cana, no momento mesmo em que ela se desenvolve. Diferentemente do que assinalaram Giovanni Berlinguer (1978), Mckeown e Löwe, (1984) e Maria Cecília de Souza Minayo (2001), mostrando a sinergia entre as lutas das classes trabalhadoras e as políticas públicas eficazes para a sociedade como um todo, o projeto da saúde perfeita está sendo construído por uma elite científica e tecnológica, sob os auspícios de poderosos interesses econômicos e financeiros. Ele acontece em um momento histórico de extraordinário avanço científico na área da biologia e da genética que apoia e tem financiamentos concentrados das companhias de seguro e de toda a indústria da saúde.

Como visto, a subjetividade que a promoção da saúde induz está calcada num "indivíduo de classe média, racional, civilizado, disciplinado e consciente de sua saúde". Uma subjetividade que se acredita poder ser construída, no entanto, para o autor, teria sua ênfase na escolha individual e na autodeterminação, mas através da manipulação de "informações preconcebidas de profissionais ou pelas diretrizes das mencionadas políticas públicas saudáveis" (Lupton[45] *apud* Carvalho, 2004: 674).

O movimento de promoção da saúde, se tomado positivamente, poderia possibilitar a construção de uma consciência crítica sobre a saúde por parte das pessoas, sejam de quaisquer classes sociais, pois não é privilégio de pessoas pobres a não incorporação dos problemas de saúde como preocupação importante de vida. O uso manipulado das informações por parte dos governos é sempre possível, e os governos, sob a égide do neoliberalismo, com seu interesse prioritário de baixar custos, não investem necessariamente em desenvolver a consciência crítica da cidadania, em melhorar as condições de vida das populações.

Nesse sentido, e se a proposta é de manipulação da população, todos passariam a ser potenciais "vítimas das políticas contemporâneas de prevenção" (Petersen & Lupton[46] *apud* Carvalho, 2004: 674). Sem dúvida, a maioria dos projetos de promoção da saúde em andamento possui "o enfoque behaviorista e mantém o foco de sua atenção para ações voltadas para a regulação da vida social e para a criação de critérios que delimitem o sentido do viver saudável" (Carvalho, 2004: 670), e, deve-se ressaltar, relaciona-se a doenças específicas.

Não há, em termos de propostas governamentais, ações dirigidas para conscientizar as pessoas sobre seus direitos como cidadãos, em relação à saúde; pode-se encontrar alguns trabalhos isolados com esse tipo de preocu-

---

[45] Ver Lupton (1999).

[46] Ver Petersen e Lupton (1996).

pação, mas a maioria apenas segue os programas aprovados pelos ministérios da saúde.

A autonomia possível é dependente de muitas variáveis fora do controle, tanto das pessoas quanto dos profissionais que viabilizam na prática a promoção da saúde, pois se inscreve no espaço da realidade social, das crenças, dos valores, das ideologias, dos conhecimentos acumulados sobre saúde, das condições básicas materiais de vida – o que certamente transcende as políticas públicas de saúde.

Política pública é o enunciado que delimita o espaço de variedade do possível sobre uma determinada área de responsabilidade governamental, possibilitando assim a tomada de decisões; a definição, formulação, aceitação e implementação de ações pertinentes; o reconhecimento das prioridades governamentais pelos outros atores sociais; e a petição e prestação de contas sobre seu desenvolvimento. Em outras palavras, é o conjunto de diretrizes e valores a partir dos quais decisões são tomadas (O'Neill & Pederson, 1992; Pinder, 1994).

A proposta de aumento da autonomia do sujeito e do *empowerment*,[47] ainda que verdadeiramente pretendida, encontra muitas dificuldades de viabilização prática, a começar pelo tempo dedicado aos encontros, nos serviços de saúde, entre a população e os profissionais da área. Ademais não há uma orientação (Seedhouse, 2000), a partir da concepção de saúde que as pessoas utilizam, para o diálogo acontecer, o que também ocorre nas ações com grupos ou ainda em comunidades específicas.

Nesse sentido, o exercício da cidadania na promoção da saúde implica estabelecer os limites entre o que é responsabilidade do Estado e responsabilidade dos cidadãos e cidadãs em relação a seu próprio bem-estar – questão bastante complexa a ser tratada na prática dos serviços de saúde, sobretudo quando as pessoas estão em faixas de risco de vida, como através do uso de drogas, tabagismo excessivo, comportamentos de alto risco em termos sexuais, entre outros.

Como tratar a escolha individual, legitimada pelas liberdades democráticas da sociedade, quando se apresenta como altamente lesiva ao indivíduo diretamente, e ao Estado, indiretamente? Não há respostas definitivas para essas indagações, no entanto pode-se concluir que o espaço entre a normativa das ações de saúde e o comportamento das pessoas é muito tênue e ao mesmo

---

[47] Este termo tem sido traduzido para 'empoderamento', no entanto, aqui será mantido o uso da palavra em inglês.

tempo muito amplo e possibilitador de todo tipo de consequências, a depender da interação entre as pessoas que demandam os cuidados e os profissionais que os prestam (Seedhouse, 2000).

Segundo Anthony Giddens (1991, 2002), em face das tendências da globalização, que geram mudanças profundas nas relações sociais, com ameaças sociais e ambientais concretas, "a sensação de controle do indivíduo sobre o processo saúde doença" (Tesh[48] *apud* Carvalho, 2004: 675) contribui para que se acredite ser possível melhorar as condições de saúde de modo independente das transformações na produção capitalista, nas relações sociais e/ou de governantes.

A influência significativa dos valores e crenças nas ações de promoção da saúde implica a preponderância de processos não bem estruturados, o que remete ao *empowerment* um papel decisivo para sua efetividade. Para Sérgio Resende Carvalho (2004), há duas abordagens principais para *empowerment* – o enfoque psicológico e o enfoque comunitário. O autor os diferencia em termos das especificidades do poder em cada um deles, variando desde a opressão social até a produção de uma potência libertadora. A proposta delineia um tipo de "pessoa comedida, independente e autoconfiante, capaz de comportar-se de uma determinada maneira, de influenciar o seu meio e atuar de acordo com abstratos princípios de justiça e de equilíbrio" (Riger[49] *apud* Carvalho, 2004: 675).

Os objetivos são "fortalecer a auto-estima e a capacidade de adaptação ao meio e desenvolver mecanismos de auto-ajuda e de solidariedade" (Carvalho, 2004: 675). Certamente esta abordagem pretende solucionar as dificuldades mais imediatas das pessoas e não tem como objetivo o desenvolvimento de uma consciência crítica a respeito do que é a responsabilidade pessoal e intransferível que cada pessoa tem com a preservação[50] de sua saúde, nem tampouco de esclarecer aspectos políticos importantes para a compreensão do processo saúde e doença, responsabilidade do Estado, entre outros.

Carvalho explicita o *empowerment* comunitário citando trabalhos de Paulo Freire e Saul Alinsky, em busca de superação das limitações no processo de construção de consciências críticas, possibilidade de transformação da realidade

---

48 Tesh (1988).

49 Riger (1993).

50 Interessante verificar o conceito de autocuidado de Ivan Illich (1974), a despeito da crítica que faz à medicina; há um espaço de atuação da própria pessoa em relação à sua saúde que não depende de conhecimentos exclusivos de profissionais da saúde, nem da atuação do Estado.

social. É importante referir que a grande base do método de Paulo Freire é exatamente construir o aprendizado a partir das representações que as pessoas trazem, adquirindo, dessa forma, consciência em cada degrau dessa construção.

Saúde é uma ideia rica e profundamente controversa, como se tem visto, e, portanto, sabe-se que o mesmo se aplica à promoção da saúde, não havendo respostas óbvias para seu campo (Seedhouse, 2000). As diferentes crenças que a envolvem apoiam-se em distintas percepções (visões de mundo) políticas. O papel do bom governo é capacitar todos os cidadãos a escolherem tão livremente quanto possível, dando-lhes a maior quantidade de informação, mas fazendo-o sem preconceitos. Desse modo, ter-se-ia a incorporação da qualidade de vida como objetivo da promoção da saúde, com possibilidades de superação do paradigma flexeneriano.

A promoção da saúde é essencialmente predisposta a pontos de vista particulares, preconcebida, pensada com antecipação. Ainda que a evidência pareça factualmente compelida, todas as formas de promoção da saúde devem, a princípio, ser preconcebidas. Cada forma usará evidência em suas práticas, mas nenhuma será inicialmente direcionada para aquela evidência. Cada proposta de promoção da saúde é baseada em um ponto de vista sobre os modos que as pessoas deveriam ou não deveriam comportar-se (Hyndman[51] *apud* Seedhouse, 2000), e no final das contas, portanto, em alguma noção da boa sociedade.

Desde que a boa sociedade pode ser pensada de muitas maneiras diferentes, e os promotores da saúde inevitavelmente situam-se em uma ampla faixa de filosofias políticas, a promoção da saúde é interpretada com tensões teóricas profundas. Apesar disso, a superfície da prática da promoção da saúde raramente reflete seu tumulto interno. Somente quando a discussão filosófica dos propósitos básicos da promoção da saúde tornar-se lugar comum, esses objetivos terão sido atingidos (Seedhouse, 2000).

A discussão de uma base teórica para a promoção da saúde é importante, pois suas raízes conceituais devem ser reveladas para prover um mapa acessível de promoção da saúde aos seus profissionais. Dessa forma, estes estarão aptos a selecionar um caminho que possam defender teoricamente, conscientes de muitas assunções políticas e filosóficas que sancionam ao realizarem suas escolhas (Seedhouse, 2000).

Nessa perspectiva, a maioria que escreve sobre promoção da saúde e praticamente todas as campanhas convencionais sobre o tema assumem muito

---

[51] Ver Hyndman (1993).

mais do que deveriam. Tipicamente tomam como verdadeiro, quando não deveriam, que saúde é algo desejado igualmente por todos; escolher tarefas para melhorar a saúde suscita poucas dificuldades morais; qualquer método que possa melhorar a saúde é justificável; e que um movimento unificado de promoção da saúde é "uma cruzada para um mundo mais saudável" (Seedhouse, 2000: 1).

Qualquer profissão que tenha de lidar com problemas práticos complexos inevitavelmente desenvolverá procedimentos básicos para resolvê-los. E isto é igualmente verdade para a promoção da saúde, que emprega uma larga extensão de métodos de resolução de problemas tomados de empréstimo de outras disciplinas. A profissão deveria sentir-se obrigada a indicar com qual tradição teórica sua proposta prática está construída.

A promoção da saúde não acontece simplesmente, nem é sempre e inquestionavelmente algo bom. Ao invés, toda promoção da saúde é preconcebida, é toda baseada, calcada, em valores humanos de algum tipo e, portanto, em última instância, inspirada em algum tipo de filosofia política, mesmo se os promotores da saúde estejam inconscientes disso (Seedhouse, 2000).

Ao longo dos anos, seus teóricos e praticantes têm acumulado um estoque de técnicas, modelos e objetivos oriundos de várias disciplinas: medicina e educação; sociologia, psicologia e epidemiologia; estatística; legislação e política; educação física; propaganda e *marketing*; e muito mais do que isso, ademais do exercício individual, profissional, em grupos de diferentes naturezas, entre outros. Atuam ecleticamente porque a promoção da saúde não possui uma racionalidade unificada.

Entretanto, se as considerações antropológicas estão incluídas, as questões podem ser respondidas de outras maneiras. Por não especificar uma natureza precisa da promoção da saúde o assim chamado 'movimento[52] da promoção da saúde' tem incorporado uma grande variedade de partidos interessados e influentes. Se os que influenciam no movimento não podem ver qualquer mérito prático em se posicionar a respeito de questões teóricas, quem as perguntará?

Os que defendem que não há necessidade de uma teoria para a promoção da saúde tomam os problemas para resolvê-los na ordem em que aparecem. Se o significado de promoção da saúde não tem importância, então qualquer

[52] Há autores que criticam que a promoção da saúde seja chamada de movimento e alguns propõem o uso do termo 'nova saúde pública', 'nova promoção da saúde'. Entendemos que, de acordo com a dinâmica da realidade social, sempre serão novos os exercícios da saúde pública e da promoção da saúde, em termos das organizações sociais sob estudo e em termos dos momentos históricos considerados. Por isso achamos muito apropriado o uso do termo movimento.

ponto de início deve ser tão bom quanto outro qualquer. Assumem que a colheita habitual de ideias e técnicas desenvolvidas em qualquer lugar automaticamente provê uma racionalidade para sua 'disciplina'.

Na mesma linha de raciocínio, Keith Tones e Silvia Tylford, recusam-se a oferecer uma definição com significado para a promoção da saúde. Elas explicam que:

> semanticamente (...) o curso mais lógico [é usar] o termo Promoção da Saúde para referir-se a qualquer medida designada para promover saúde. Dessa maneira, a educação para a saúde formará parte integral da Promoção da Saúde. A Organização Mundial da Saúde adota esta perspectiva, vendo a Promoção da Saúde como um '(...) conceito unificado para aqueles que reconhecem a necessidade por mudança nos modos e condições de vida, no sentido de promover saúde (...)'. Promoção da Saúde neste sentido é, portanto, relacionada a todos os fatores que influenciam saúde (...). Para os propósitos atuais, saúde é vista como estado positivo de bem-estar como ausência de doença. Quatro grandes influências afetam o estado de saúde: a saúde e os serviços médicos; herança genética; comportamentos individuais e ambientes, socioeconômico e físico (*apud* Seedhouse, 2000: 30)

Os teóricos da promoção da saúde não apresentam modelos claramente desenhados porque ainda não existe uma tradição de análise crítica. Diferentemente de escritos teóricos encontrados em várias disciplinas estabilizadas, aqueles que escrevem sobre promoção da saúde tendem a estar preocupados mais com 'dar uma mensagem através' do que com estabilizar significados precisos e teorias aplicáveis. E assim é que fatos e valores, evidência e crenças morais, entrelaçam-se.

Para Seedhouse (2000), há cinco formas para o exercício da promoção da saúde, sendo somente três particularmente significativas:

1. 'Promoção médica da saúde', que deveria trabalhar contra doença, enfermidade e danos;
2. 'Promoção social da saúde', que deveria mudar o mundo socialmente, desafiaria as injustiças sociais que causam saúde-doença;
3. 'Promoção da boa vida', que buscaria trazer o 'estado positivo da saúde' ou 'estado de bem-estar', criar 'boas vidas';
4. 'Ir para a promoção da saúde', que é uma questão de fazer o que obviamente se necessita fazer, pois muito pensar toma o lugar da ação;
5. 'Um misto de promoção da saúde' com pensar e fazer, que é uma questão de ser teoricamente flexível no sentido de proporcionar a maioria das possibilidades práticas.

A 'promoção médica da saúde, a 'promoção social da saúde' e a 'promoção da boa vida' são tendências dominantes no campo. Na verdade, na literatura existente, há diferentes distinções, combinações e rótulos, ainda que todos pareçam adequar-se ao quadro geral anteriormente descrito. Essas distinções deveriam mostrar o *core* político da promoção da saúde, e parecem ser apenas um número limitado de posições políticas abertas disponíveis. As bases políticas da promoção da saúde, considerando as três principais tendências, seriam: a promoção médica da saúde, que busca prudência, utilitarismo, preservação do *status quo* e conservadorismo; a 'promoção da vida saudável', que depende da especificação de vida saudável sob utilização; e a 'promoção social da saúde', que compreende igualitarismo, democracia social, socialismo e marxismo.

A promoção da saúde é um empreendimento político enraizado nas preferências e preconceitos humanos, sendo esta a primeira razão pela qual deveriam ser desenvolvidas teorias sobre ela, pois seus objetivos e métodos são sempre preconcebidos, são sempre contestáveis e, portanto, sempre requerem justificativas, e ainda que corretos devem parecer corretos. A segunda razão por que desenvolver uma tradição filosófica é ser a promoção da saúde frequentemente exercida sem a permissão (e muitas vezes sem até mesmo o conhecimento) dos que recebem suas ações. A terceira razão é para fazê-la explícita, para fazê-la um empreendimento propriamente público e para expô-la a um debate amplo e informado. Se promoção da saúde é realmente promover as implicações práticas de várias filosofias políticas, então, pelo menos naquelas sociedades onde abertura e prestação de contas são consideradas valores sociais centrais, o público é designado a conhecer o que está acontecendo, ainda que isso deva ocorrer mesmo nas sociedades que não demandam tal postura. Em quarto lugar, a promoção da saúde deveria melhorar substantivamente sua base teórica por razões internas. Na ausência de teorias pensadas sobre seus propósitos os profissionais podem encontrar somente acordos superficiais sobre a política pública. Sem uma teoria de respaldo para permitir comparações analíticas da efetividade, da política e da ética das várias formas de seu exercício, a defesa da promoção da saúde fica muito pessoal.

As fundações teóricas para a promoção da saúde são derivadas da análise conceitual de saúde, da observação empírica do trabalho realmente feito e de certas crenças não verificáveis (certos tipos de preconceitos) sobre a moralidade dos arranjos sociais. A análise de David Seedhouse (2000) dessas questões levou-o a concluir que qualquer consideração coerente de saúde deve

entender o propósito do seu trabalho para identificar e, onde possível, remover os obstáculos que dificultem o aumento das potencialidades humanas.

No entanto não se pode pensar e/ou desejar que essas fundações teóricas proponham todas as respostas. Por vezes, podem oferecer guias práticos, noutras, sugerem uma direção geral para o estabelecimento de uma política pública. Mas o mais importante é que a teoria abertamente reconhece que propor prioridades em saúde é um problema político. Argumenta que a política pública deve ser decidida primeiramente em seu nível apropriado e sugere uma base teórica para fazer isso, insistindo que quaisquer medidas técnicas deveriam ser consistentes com a base primária. E o que tudo isso significa é que a promoção da saúde deve ser vista como ambas: como um empenho para ajudar indivíduos e como uma tarefa para governos, pois somente estes estão aptos para assegurar que todas as pessoas tenham as fundações adequadas para as realizações pertinentes.

A promoção da saúde tem contribuído para a renovação do pensamento sanitário contemporâneo buscando contrapor-se ao modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativo que domina o pensamento sanitário desde o século XX. Resgata de alguma maneira o papel dos determinantes sociais no processo saúde/doença, presente no ideário da medicina social do século XIX, defendendo ações que incorporem a articulação intersetorial, as abordagens interdisciplinares e a participação social. Ao considerar todos os fatores causais da saúde e doença, amplia o alcance das ações para além dos parâmetros tradicionais da saúde pública e da prevenção da doença. Realiza, em paralelo, uma síntese inovadora de conceitos originários de campos disciplinares como a sociologia, a psicologia, a ciência política, a economia, a epidemiologia e a ecologia, introduzindo novas ideias, linguagens e conceitos sobre a saúde e sobre a maneira de produzi-la.

A promoção da saúde não é necessariamente um projeto libertário e voltado para a justiça social. A análise da utilização do conceito de risco e de *empowerment* junto desse ideário constata a possibilidade de que suas intervenções e conceitos venham reforçar estratégias voltadas para a regulação e a vigilância sobre os corpos sociais e individuais com profundas implicações políticas, morais e sociais de algumas de suas estratégias, como, por exemplo, os programas de planejamento familiar (Carvalho, 2005; Seedhouse, 2000; Labonté & Penfold, 1981a).

Investigações da década de 1990 confirmam que as estratégias derivadas dessa abordagem foram responsáveis pela melhoria da qualidade de vida de alguns

grupos sociais, mostrando que os resultados, em termos de qualidade de vida, variaram de acordo com a extração social do indivíduo. Constata-se um melhor aproveitamento por setores mais bem situados na escala social e um efeito menor, e até mesmo negativo, por parte de setores marginalizados (Hyndman *et al.*, 1998).

Este fenômeno foi objeto de análise de inúmeros estudiosos que assinalam, como uma debilidade do modelo explicativo da promoção da saúde, a incorporação residual de fatores, como classe, gênero e raça, e a excessiva ênfase em intervenções behavioristas. Deriva daqui o conceito de 'culpabilização das vítimas' (*victim blaming*) através do qual os investigadores significam a situação em que grupos populacionais à margem do desenvolvimento capitalista são responsabilizados por problemas de saúde cujas causas encontram-se fora de sua governabilidade (Carvalho, 2005).

A partir da aceitação de que os discursos da saúde são altamente complexos, refletindo estruturas da realidade e relações sociais, a proposta é que o discurso dominante da promoção da saúde seja transformado em um que seja mais libertador. Nesse sentido, a abordagem não deve permanecer centrada no indivíduo, pois pouca ou nenhuma mudança institucional ocorrerá. Ao contrário, manterá a abordagem da prevenção da doença, fechar-se-á na esquemática do '*marketing* social' e se fixará nas formas institucionais e biomédicas de resolver problemas.

No sentido de reverter esse processo, a promoção da saúde deve ser entendida como a possibilidade de conferir *empowerment* às pessoas para que desenvolvam controle e responsabilidade sobre suas saúdes (Labonté & Penfold, 1981b; Labonté, 1994). Para que haja *empowerment*, é necessário ter consciência crítica sobre assuntos patogênicos da sociedade e estruturas, poluição, iniquidades econômica e sexual; organização em torno de temas sociais identificados por diferentes grupos em desvantagens e outros 'consumidores de saúde' como riscos à saúde.

É necessário também considerar a consciência das escolhas de estilos de vida que são perigosas para as pessoas e como tais escolhas relacionam-se aos assuntos mais abrangentes do meio ambiente e da saúde; compromisso visível e financeiro da parte dos governantes, corporações, profissionais médicos e outros; e instituições sociais amplas para redirecionar as iniquidades sociais e contradições políticas que lideram, em relação ao povo pobre. A chamada para promoção da saúde como responsabilidade social, como oposto ao *victim blaming*, sustenta-se na necessidade de ideias para a prática profissional e estratégias para a mudança institucional.

Segundo Ronald Labonté (1994), a promoção da saúde deve ser vista como uma metáfora, como uma lente profissional e burocrática através da qual as práticas do passado devem ser reavaliadas. Pode ser conceitualmente útil dentro de um algum tipo de projeto explícito de *empowerment*. A promoção da saúde é indiscutivelmente um conceito contestável, significando várias coisas para as várias pessoas que a usam.

As instituições e organizações devem ser transformadas, podendo esta mudança ser apenas no 'quê' fazem e no 'como' fazem. Concebida como uma reavaliação libertadora da prática profissional, a promoção da saúde existe entre dois perigos dialeticamente posicionados: o de cooptar ou neutralizar a luta social dentro do *ethos* conservador das instituições, e o de negar seu parentesco burocrático e ingenuamente proclamar que 'a comunidade' é a solução de todos os infortúnios sociopolíticos e econômicos.

A essência do *empowerment*, para Labonté (1994), é o compromisso autêntico para ouvir as experiências das vidas das pessoas, compreendendo estas experiências nas palavras que as pessoas usam para expressá-las e negociando ações mútuas para melhorar aquelas situações que as pessoas gostariam de alterar.

A crise do setor saúde é um fenômeno mundial, e, em países centrais, ocorreu de modo generalizado no interior de duas crises mais amplas: a do Estado de Bem-Estar Social e a do paradigma flexeneriano da medicina curativa (Queiroz & Vianna, 1992), o que pode ser verificado pelo gasto crescente com saúde, consumindo algo em torno de 10% do Produto Interno Bruto (PIB), e pela completa ausência de evidências a comprovar que esse aumento nos gastos com este tipo de medicina tenha revertido em melhores níveis de saúde para a população. A conclusão mais importante a se depreender desse argumento é que, em um nível mais profundo, o problema da medicina e da saúde envolve uma dimensão social que, por ser muito mais ampla, não pode ser reduzida a uma questão exclusivamente administrativa ou financeira.

Equidade como princípio fundamental

Conceitualmente, a equidade (Duarte, 2000) congrega um debate extenso e não consensual. Equidade em saúde implica (WHO, 1985) que todos teriam uma oportunidade justa de atingir seu potencial de saúde e que ninguém estivesse em desvantagem para adquirir esse potencial, se isso puder ser evitado. Com base nessa definição, o alvo da política pública para equidade em saúde

não é eliminar todas as diferenças de saúde para que todos tenham o mesmo nível e qualidade de saúde, mas de preferência reduzir ou eliminar aquelas resultantes de fatores considerados evitáveis e injustos. Equidade, portanto, está relacionada à criação de oportunidades iguais para a saúde e à diminuição dos os diferenciais de saúde para o nível mais baixo possível.

A discussão sobre equidade (Almeida, 2002) também vem associada à discussão sobre reforma, a partir de análises políticas, técnicas ou científicas e em muitas inscrições ideológicas diferentes, relacionada a questões sociais, econômicas, de desenvolvimento geral ou particular. As dualidades 'público *versus* privado' e 'Estado *versus* mercado' estão presentes, bem como sua relação com eficiência e qualidade.

Equidade está relacionada às noções de igualdade e liberdade e remete à questão da justiça, dos direitos e deveres do homem/cidadão e do Estado. Em termos muito sintéticos, liberdade indica um estado e igualdade uma relação: um estado do indivíduo e uma relação geral, desejável, entre indivíduos em sociedade (Bobbio, 1983). Em si mesma, a igualdade não é um valor, mas o é apenas na medida em que seja uma condição necessária, mas não suficiente, de um ordenamento justo.

Sendo assim, em função do conjunto de valores predominantes, diferentes conotações podem ser atribuídas à equidade ao longo do tempo e em distintas sociedades, sendo vários os seus significados e raro o consenso em torno de uma definição, como já assinalado (Almeida, 2002). Além disso, existem diversas maneiras de avaliar justiça social, e cada uma delas produz diferentes resultados. Portanto, a definição de equidade escolhida para ser operacionalizada e as formas de avaliá-la refletem os valores e as escolhas de determinada sociedade em momentos específicos. Pode-se constatar que, de acordo com as propostas dos sistemas de saúde, surgirão as escolhas dos indicadores utilizados para a expressão da equidade, de acordo com os critérios distributivos utilizados e sua relação com a efetividade do sistema.

Turner (*apud* Duarte, 2000) diferencia quatro tipos de equidade: ontológica, de oportunidade, de condições e de resultados, conforme segue:

1. A 'equidade ontológica', relacionada à igualdade entre as pessoas, compreende as abordagens religiosa, todos são iguais perante Deus; a marxista, "a natureza do ser humano é forjada por sua '*práxis*' livre e transformadora, que busca um domínio cada vez maior sobre a natureza e maior comunicação, autonomia e consciência" (Duarte, 2000: 444); e as relativistas que consideram a inter-relação entre culturas, sistemas sociais e essência humana;

2. A 'equidade de oportunidade' implica o alcance das metas desejadas. Sua fundamentação é a meritocracia, característica das revoluções francesa e norte-americana, parte do liberalismo clássico, que afirma a mobilidade social perfeita, desde que haja igualdade de oportunidades. Na presença dos direitos fundamentais à vida, à liberdade e à propriedade, tal universalidade assegurada pelo sistema social possibilita que as mesmas oportunidades estejam à disposição de todos, independentemente de origem;
3. A 'equidade de condições' está diretamente relacionada à equidade de oportunidade, pois somente pessoas subordinadas a iguais condições de vida estariam em igualdade para competir exclusivamente de acordo com suas capacidades. Esta tipologia permite incluir aspectos estruturais para avaliação da mobilidade social entre diferentes classes sociais;
4. A 'equidade dos efeitos ou resultados' depende da legislação e demais ações políticas compensatórias dos efeitos das desigualdades de condições sociais. Em geral, a discriminação positiva opera em favor de grupos menos privilegiados que têm, assim, suas oportunidades aumentadas, possibilitando a equidade nos resultados.

Para a análise do campo da 'promoção da saúde', os quatro tipos de equidade são pertinentes, pois dessa forma tenderiam a englobar toda a complexidade de sua proposta, na busca de compreender as pessoas de um modo mais totalizante: físico, social, emocional e mental. Le Grand[53] (*apud* Duarte, 2000) afirma que muitas são as questões a serem consideradas para uso do conceito de equidade, na verdade mais perto da concepção de justiça[54] do que de igualdade. Noutra vertente, é preciso aceitar a liberdade de escolha dos indivíduos, algo fundamental na promoção da saúde, pois, para se afirmar como instância transformadora, exige a participação consciente dos sujeitos, portanto, "nem todas as diferenças em saúde são inevitáveis e inaceitáveis, dependendo da liberdade de escolha que o indivíduo tem ao submeter-se a situações de risco sanitário reconhecido" (Duarte, 2000: 445).

Um requisito para a equidade é que o movimento da 'promoção da saúde' gere uma adesão consciente. Imposições não devem ser praticadas, sob pena de retomar modelos autoritários do passado, criticados atualmente. No entanto, não devem ocorrer omissões, sob a proteção dessa liberdade de escolha, e assim não serem fornecidas informações embasadas cientificamente para esclarecer

[53] Ver Le Grand (1988).
[54] Ver Berlinguer (1996).

os riscos aos quais as pessoas estarão subordinadas ao fazerem suas escolhas. De todo modo, é preciso ter consciência de que[55]

> a liberdade de escolha de estilos de vida é restrita; devido à exposição a condições de vida e trabalho estressantes e doentias; ao acesso inadequado a serviços públicos essenciais, entre eles os de saúde; e à mobilidade social relacionada à saúde, envolvendo a tendência dos doentes descenderem na escala social. (Whitehead *apud* Giovanella *et al*., 1996; Duarte, 2000: 447)

O princípio da equidade, em relação às reformas setoriais, está condicionado ao alcance de eficiência submetida aos 'limites de caixa' e de custo-efetividade que não inclui a análise dos objetivos de determinada política e exclui a valoração dos fins que a justificam, cuja definição e implementação pertencem ao campo político e não à análise técnica. As ações em saúde devem ser efetivas, no entanto, a questão das diferentes necessidades de distintos grupos populacionais é reduzida à diminuição da intervenção estatal e do financiamento público, traduzidas nas políticas de focalização (nos mais pobres) e de privatização, apregoadas como mais equitativas. Nesse sentido, a equidade na área da saúde vem recebendo um tratamento econométrico (Elias, 2005).

A discussão sobre quais são as condições necessárias e inevitáveis na saúde e quais são desnecessárias e injustas depende de país para país. Sete determinantes principais de saúde foram selecionados, como segue (WHO, 1985):

1. Variação biológica natural;
2. Comportamento danoso à saúde se escolhido livremente, tal como participação em certos esportes e passatempos;
3. Vantagem transitória de um grupo sobre outro, quando aquele grupo é o primeiro a adotar um comportamento que promove saúde, desde que os outros grupos tenham os meios de alcançá-lo da forma correta e em tempo eficaz;
4. Comportamento danoso à saúde quando o grau de escolha de estilos de vida é severamente restrito;
5. Exposição a condições de trabalho e de vida estressantes e não saudáveis;
6. Acesso inadequado a serviços públicos em geral e a serviços essenciais de saúde, em particular;
7. Seleção natural ou mobilidade social relacionada à saúde envolvendo a tendência das pessoas doentes de se moverem para baixo na escala social.

---

55 Ver "Marcuse y la escuela de Francfort: diálogo con Herbert Marcuse". Magee (1993).

As três primeiras não são iniquidades em saúde. O termo iniquidade tem uma dimensão moral e ética. Refere-se às diferenças que são desnecessárias e evitáveis, além de injustas (WHO, 1985). Assim, no sentido de descrever certa situação como iníqua, a causa tem de ser examinada e julgada para ser injusta no contexto do que está acontecendo no todo da sociedade. Julgamentos sobre quais situações são injustas variam de lugar para lugar e de tempos em tempos, mas um critério bastante utilizado é o grau de escolha envolvido.

Políticas de equidade requerem descentralizar poder e realizar escolhas, encorajando as pessoas a participar em cada estágio do processo de tomada de decisão; consciência de temas da equidade, em todos os níveis; aporte educacional de profissionais e não profissionais do sistema de saúde e o princípio de fazer os cuidados de saúde de alta qualidade acessíveis para todos, compreendendo que não basta apenas um serviço universal provido através de lei, pois nem sempre é equitativo na prática.

É fundamental para os profissionais de saúde avaliar as políticas públicas propostas e monitorar seus efeitos sobre o acesso, utilização e qualidade da atenção para os grupos em desvantagem. Políticas de equidade deveriam ser baseadas em pesquisas apropriadas, monitoração e avaliação. Acima de tudo, deve ser enfatizado que solucionar problemas de iniquidade não pode ser alcançado por um nível de organização ou um setor, mas tem de ter lugar em todos os níveis e envolve todos como parceiros na saúde para enfrentar os desafios do futuro.

Qualidade de Vida, intersetorialidade e política pública

Amartya Sen, e mais recentemente Michael Marmot, consideram que recursos e meios não podem ser bons por direito próprio, não têm valor intrínseco, pois não podem ser os objetos da atividade social, sendo bons somente quando promovem o funcionamento humano. Como Amartya Sen registra,

> se o objeto é para concentrar na oportunidade individual real para perseguir seus objetivos, então responsabilidade teria de ser tomada não somente dos bens primários que as pessoas possuem respectivamente, mas também das características relevantes que governam a conversão dos bens primários dentro da habilidade da pessoa para promover seus fins. (*apud* Ruger, 2004: 1094)

Continua Amartya Sen, "Por exemplo, uma pessoa que é incapacitada pode ter uma grande cesta de bens primários e ainda ter menos chance de viver uma vida normal (ou de buscar seus objetivos) do que uma pessoa em boa forma

física, com uma pequena cesta de bens primários" (Sen *apud* Ruger, 2004: 1094). Assegurar a posse de bens primários pode não diminuir desigualdades em saúde, como reduzir a desigualdade socioeconômica necessariamente pode não reduzir desigualdades em saúde. Nesse sentido, é importante considerar que a política pública não deve ser apenas orientada por recursos, mas também por resultados, que seria a consideração de capacidades.

Amartya Sen desenvolveu a abordagem da capacidade, como arcabouço filosófico, com raízes na teoria política de Aristóteles, aplicando-se aos determinantes sociais de saúde, 'centrado em pessoas' e 'orientado à ação', em sua base filosófica, e mais matizado em sua aplicação prática. Esta concepção vê a expansão das capacidades humanas, as liberdades reais que as pessoas têm como o objetivo final da política pública. A concepção de Amartya Sen não elide ou diminui a responsabilidade do Estado com a saúde, apenas inclui mais atores sociais nessa discussão.

A questão da saúde deve incluir então toda a população e não somente a carente. A responsabilidade de cada pessoa é fundamental para que uma sociedade seja saudável. Nesse contexto, a responsabilidade do Estado passa a incluir, compulsoriamente, a necessidade de disseminar as informações sobre saúde para que as pessoas tomem consciência e possam posicionar-se com clareza sobre ela, devendo ser esta divulgação feita em linguagem compreensível para todos os segmentos sociais, em suas variadas formas.

Nesse contexto, diferentes tipos de capacidades (a capacidade para evitar morbidade preventiva e mortalidade prematura, ou ser alfabetizado e ser capaz de compreender e usar números) são vistas como fins em si mesmos e instrumentalmente importantes para a realização de outros fins (também intrinsecamente valorados), instrumentos econômicos, tais como a capacidade para participação em comércio e produção, e liberdades políticas. Por exemplo, o grau de capacidade que os indivíduos têm de participar ativamente em sua vida de trabalho, social e política, de ser bem educado ou estar protegido em seus meios econômicos é um fim em si mesmo, mas pode também ser relacionado à capacidade individual para o funcionamento da saúde desde que a ausência de uma dessas capacidades possa ser prejudicial à saúde, como sugere o trabalho de Marmot *et al.* (*apud* Ruger, 2004).

Assim, tais determinantes sociais de saúde têm ambos os valores – constitutivo e instrumental –, e eles servem não somente para contribuir na "capacidade geral de uma pessoa para viver mais livremente, mas eles também servem para complementar um ao outro", como afirmado por Amartya Sen (1999: 90).

A perspectiva de capacidade é também uma percepção orientada à ação. Ela enfatiza a importância da ação humana, a habilidade das pessoas de viverem a vida que valorizam, o que é um conceito muito importante para o alcance da qualidade de vida.

Isso ressalta que a atitude pró-ativa tanto é essencial para a ação individual e coletiva como é crítica para mudar a política, as normas e os compromissos sociais. Reduzir desigualdades sociais em saúde, portanto, requer mais do que 'aplainar o gradiente socioeconômico', requer melhora das condições sob as quais os indivíduos são livres para escolher estratégias de vida e condições para eles e para as futuras gerações.

A perspectiva da capacidade enfatiza o *empowerment* de indivíduos para serem atores sociais protagonistas de mudança em seus próprios termos, em ambos os níveis: individual e coletivo. É importante para a política pública porque estimula a participação individual e societária nas ações econômicas, sociais e políticas, possibilitando aos indivíduos tomarem decisões como atores sociais. Esta concepção contrasta com a perspectiva de indivíduos como recebedores passivos de cuidado de saúde ou mesmo de decisões de redistribuição de renda ou de outros programas de política pública. Pode promover habilidade individual e coletiva para compreender e "moldar seu próprio destino e ajudar uns aos outros" (Sen, 1999: 90). Assim, é imperativo para a qualidade de vida e ao mesmo tempo para a possibilidade de sua construção (Nussbaum & Sen, 1996).

Uma abordagem de capacidade para os determinantes sociais de saúde, dessa forma, reconhece a importância de dirigir as necessidades em múltiplas frentes, em múltiplos domínios de política que afetam todos os seus determinantes e não somente as desigualdades socioeconômicas. Isso enfatiza a integração das políticas públicas dentro de um conjunto abrangente de estratégias realizadas através de uma pluralidade de instituições e comumente denominadas intersetorialidade.

A informação sobre os fatores e processos que podem melhorar a saúde e reduzir as desigualdades formaria a base de políticas desenhadas para evitar problemas de saúde. De acordo com Amartya Sen, tais políticas podem dirigir-se a diferentes influências, tais como "tendências herdadas individualmente, características individuais de incapacidade, perigos epidemiológicos de regiões particulares, influência de variações climáticas" (*apud* Ruger, 2004: 1095).

As políticas públicas deveriam fazer "progresso simultâneo em diferentes frentes, incluindo distintas instituições, que reforçam umas às outras"

(Sen, 1999: 9). Esta abordagem 'integrada e multifacetada' engloba a ideia de que a sociedade é chamada a reduzir desigualdades na capacidade, para desenvolver-se, incluindo o funcionamento da saúde, reconhecendo os 'papéis respectivos e as complementaridades' dos diferentes tipos de capacidades, o que não exime o Estado de sua responsabilidade neste processo.

Nesse sentido, é reconhecido que considerável trabalho deve ser feito para uma melhor compreensão dos impactos relativos de vários domínios de políticas, incluindo política partidária e suas inter-relações; expansão das fronteiras tradicionais de política de saúde para incluir todos os domínios políticos que afetam a saúde; a conscientização de que as reformas políticas, econômicas e sociais serão associadas com melhora de saúde em um caminho definido pela dinâmica dos atores sociais envolvidos em cada contexto social dado. Não há como, portanto, fazer com que todos ajam da mesma maneira, pois tal conduta não faz sentido, se as diferenças entre os distintos sujeitos sociais são entendidas e respeitadas como proposto pela política de promoção da saúde (Marmot *et al. apud* Ruger, 2004).

Deve-se então definir como sopesar objetivos sociais diferentes, uma vez que se tenha esta informação. A perspectiva da capacidade rejeita tanto uma concepção estreita e compartimentada da desigualdade, como foco único na distribuição de renda, quanto a busca por um 'remédio único para todos os propósitos' (Sen, 1999) para reduzir desigualdades de saúde, pois várias distinções são relevantes para esta proposta.

A capacidade implica aumentar a avaliação de outros domínios de políticas públicas, fora do setor saúde, o que significa a inclusão dos outros atores sociais envolvidos (a intersetorialidade como processo); formar bases de políticas designadas para evitar problemas de saúde a partir de informações sobre os fatores e processos pertinentes à saúde; considerar a interdependência das políticas públicas; e entender os mecanismos precisos por meio dos quais vários fatores influenciam a saúde.

Tal abordagem de política pública poderia também igualmente demandar o que poderia ser chamado de integração horizontal e vertical, respectivamente. A dimensão horizontal integra políticas através de programas específicos para doenças para criar um conjunto abrangente de intervenções complementares para melhorar saúde. A dimensão vertical integra domínios de política pública que se constroem uns sobre os outros. A realidade social exige que ambas as dimensões atuem de modo integrado, articulado, dada sua complexidade. A perspectiva de capacidade também reconhece a importância de abordagens multilaterais

que direcionem as funções de instituições plurais, incluindo atores sociais não governamentais e forças do mercado para conseguir objetivos de política pública. Tais esforços têm avançado o pensamento sobre equidade em saúde e seus determinantes, a justiça social de modo geral, tomando as capacidades e liberdades humanas como fins reais da política pública.

Os ministérios da saúde e seus dirigentes são os responsáveis pela intermediação desse conhecimento para uma prática que possa ultrapassar estes obstáculos no âmbito dos serviços de saúde. É necessário um exercício de aumento de consciência por parte desses para explicar a extensão dos problemas e ampliar a compreensão dos efeitos adversos das demais políticas públicas sobre a saúde, especialmente aqueles que incidem sobre os grupos mais vulneráveis.

Esse é um processo de dupla via, porque os dirigentes da saúde e suas equipes assessoras precisam tornar-se conscientes de que muitas iniciativas acontecem em outros setores com impacto positivo sobre a saúde, mas as que não se encontram incluídas precisam ser demandadas. Não se pode esperar que os outros tomem iniciativas coordenadas com boa resposta para a saúde, sem que haja uma demanda interessada da área de governo responsável pelo setor.

Essa é a essência da intersetorialidade: ações demandadas por atores sociais da saúde a outros atores sociais com capacidade decisória sobre o que é solicitado. Em contrapartida, com vistas ao desenvolvimento de uma política de equidade que rompa com o positivismo incorporado na realidade social, representantes de governos necessitam estabelecer arranjos de gestão no âmbito nacional, regional e local para encorajar ações intersetoriais.

O Estado Neoliberal

O fim da Segunda Guerra (Chang, 2002) testemunhou a rejeição em todo o mundo da doutrina do *laissez-faire* que falhou no período entreguerras. Durante aproximadamente vinte e cinco anos, no período conhecido como a Idade de Ouro do capitalismo, muitas teorias econômicas intervencionistas, tais como economia do bem-estar, keynesianismo e a 'economia do desenvolvimento', prepararam a agenda para o debate sobre o papel do Estado (Chang & Rowthorn, 1955; Deane, 1989; Chang, 2002).

Essas teorias intervencionistas da 'Idade de Ouro da Economia' identificaram grande quantidade de 'falhas de mercado' e discutiram que o envolvimento

ativo do Estado seria necessário com o objetivo de corrigi-las. Ainda que as políticas recomendadas por diferentes ramos da Idade de Ouro da economia divergissem, foi acordado que uma 'economia mista' de um tipo ou de outro seria necessária e desejável.

Segundo Chang (2002), a partir dos anos 70, seguindo as mudanças econômicas e políticas que a Idade de Ouro da economia tinha trazido nacional e internacionalmente, ocorreram marcantes transformações em termos do debate sobre o papel do Estado. Os novos termos do debate foram colocados por economistas neoliberais como Milton Friedman, Friedrich von Hayek, George Stigler, James Buchanan, Gordon Tullock, Anne Krueger, Ian Little e Alan Peacock.

O neoliberalismo emergiu de uma aliança entre a economia neoclássica, que forneceu a maioria das ferramentas analíticas, e a tradição austríaca da doutrina do livre arbítrio, que forneceu a política e a filosofia moral. Não mais se pode supor o Estado como guardião social imparcial e onipotente, como suposto na Idade de Ouro da economia. Em vez disso, ver-se-ia o Estado como uma organização que funciona com políticos egoístas e burocratas, que não somente estão limitados em sua habilidade de coletar informações e executar políticas, mas estão também sob pressões dos grupos de interesses.

Os economistas neoliberais discutem que esta natureza imperfeita do Estado resulta em 'falhas governamentais' nas formas de regulação aprisionadora, exercício da coerção, corrupção, entre outros. Discutem que os custos a partir dessas falhas governamentais são maiores que os custos das falhas do mercado e, portanto, é melhor para o Estado não tentar corrigir as falhas de mercado, porque isso pode tornar o resultado pior.

Argumentam que falhas de mercado, vistas como possíveis em qualquer lugar, na realidade existem somente em poucas áreas limitadas, por isso somente um 'Estado mínimo' é necessário. O segundo caminho é limitar os efeitos da lógica de falha do mercado dentro de ações políticas (Chang, 2002). Assim, por exemplo, economistas neoclássicos em universidades podem estar fazendo pesquisa justificando uma política antitruste severa, mas os mentores da política podem justificá-la em termos de alguma outra lógica que não tem lugar na economia neoclássica, como, por exemplo, alegar que é 'para não desencorajar as iniciativas'. O terceiro caminho, da domesticação da lógica da falha de mercado, é aceitá-la passivamente.

O discurso neoliberal sobre o papel do Estado diz que a intervenção do Estado pode melhorar os trabalhos do livre mercado. A mesma ação do Estado

pode ser, e tem sido considerada uma 'intervenção' numa sociedade,[56] mas não em outra (e às vezes na mesma sociedade em diferentes momentos do tempo). Por que isto? Por exemplo, atualmente, poucas pessoas em países desenvolvidos considerariam a proibição do trabalho infantil como uma 'intervenção' do Estado. Os direitos das crianças de não trabalhar, nos países desenvolvidos, é em geral visto como precedentes sobre o dos produtores para empregar quem eles consideram mais lucrativo. Como resultado, nesses países, essa proibição nem 'mais' é assunto legitimado no debate político. Em contraste, em muitos países em desenvolvimento, ainda que o Estado proíba o trabalho infantil, isso é considerado uma 'intervenção', cujo impacto na eficiência econômica é ainda legitimado pelo debate político.

Os exemplos poderiam continuar, mas dependem de quais direitos e obrigações são vistos como legítimos e que espécie de hierarquia entre esses direitos e obrigações é aceita (explícita e implicitamente) pelos membros daquela sociedade e não de outra. E uma vez que a ação estatal para de ser considerada uma 'intervenção', em uma sociedade particular, num dado tempo (por exemplo, a proibição da escravidão nos países avançados hoje), debater sobre sua 'eficiência' torna-se politicamente inaceitável.[57]

Para Chang (2002), definir livre mercado é, no nível mais profundo, um exercício sem propósito, porque nenhum mercado é ao final 'livre': todos os mercados têm algumas regulamentações do Estado sobre quem pode participar em quais mercados e em que termos (Trebilcock, 1993; Chang, 2002). A menos que se reconheça a determinação política da estrutura de direitos e obrigações que sustentam as relações de mercado, a discussão sobre o papel do Estado será conduzida com a pretensão de que nossas opiniões são baseadas em análises 'objetivas' e as de nossos oponentes são 'politicamente motivadas'.

O termo 'falha de mercado' refere-se a uma situação quando o mercado não trabalha como se espera do mercado ideal. Mas o que é o que se supõe ser o mercado ideal? No arcabouço neoliberal, o mercado ideal é equacionado como 'o mercado perfeitamente competitivo' da economia neoclássica.[58]

---

[56] Ver Pollock e Price (2002).

[57] De fato, durante o final do século XX, quando a escravidão tornou-se uma memória distante e logo politicamente menos sensível, alguns historiadores econômicos americanos começaram um debate sobre a 'eficiência' da escravidão, embora muitas pessoas tenham achado a tentativa desagradável (Chang, 2002).

[58] O mesmo raciocínio aplica-se ao julgamento sobre quanto intervencionista um Estado é. Por exemplo, é por causa do consenso político de que a defesa é uma das funções absolutamente necessárias do Estado que muitas pessoas subestimam o intervencionismo do governo federal norte-americano, que tem fortemente influenciado a evolução industrial do país, através dos programas de aquisição de defesa, especialmente em indústrias tais como de computadores, telecomunicações e aviação (Johnson, 1982; Chang, 2002).

Entretanto, a teoria neoclássica de mercado é somente uma das muitas teorias legitimadas de mercado. Como dizia Hirschman[59] (*apud* Chang, 2002): há muitas 'visões rivais da sociedade de mercado'. Assim, o mesmo mercado poderia ser visto como falhando por algumas pessoas, enquanto outras o observam como funcionando normalmente, dependendo de suas respectivas teorias de mercado.

No começo, havia 'não' mercados. Os historiadores econômicos têm repetidamente mostrado que, exceto no âmbito mais local (no suprimento de necessidades básicas) ou no âmbito mais internacional (no comércio de luxo), o mercado 'não' foi dominante, deixou sozinho o dirigente/controlador, parte da vida econômica humana, até o surgimento do capitalismo. A emergência de mercados foi quase sempre deliberadamente arquitetada pelo Estado, especialmente nos primeiros estágios do desenvolvimento capitalista (Polanyi, 2000; Block, 1999; Chang, 2002).

O Estado determina novos direitos e obrigações necessárias para seus funcionamentos, por um lado, e modifica a estrutura de direitos e obrigações existentes no sentido de acomodá-los, por outro. Portanto, discordar da suposição da primazia do mercado na teoria neoliberal não é meramente discutir teoria, nem é uma investigação da 'verdade' histórica. Esta suposição afeta profundamente o caminho no qual se pode entender a natureza e o desenvolvimento do mercado, assim como sua relação com o Estado e outras instituições. O mercado em si é um construto político e, portanto, a proposta neoliberal para sua despolitização é contraditória.[60]

A afirmação de que os mercados são construtos políticos baseia-se no fato de que a instituição e a distribuição dos direitos de propriedade e outras titularidades, que definem as 'fundações' que os participantes daquele mercado têm, e os economistas neoliberais tomam como dadas, são exercícios altamente políticos. Ademais, mesmo quando se aceita a estrutura de direitos/obrigações existente como incontestável, não há praticamente preços que não estejam, na realidade, sujeitos às influências 'políticas'. Para começar com dois preços críticos que afetam quase todos os setores e são politicamente determinadas em grau muito amplo: salários e taxas de juros. Em outras palavras, a 'racionalidade de mercado' que os neoliberais querem resgatar a partir de influências

[59] Ver Hirschman (1982a).

[60] Segundo Chang (2002), para mais críticas da economia política neoliberal, ver, em ordem cronológica, King (1987), Gamble (1988), Toye (1991), Stretton e Orchard (1994), Chang (1994a, 1994b), Evans (1995), Weiss (1998) e Woo-Cumings (1999).

‘corruptoras’ da política somente pode ser definida com referência à estrutura institucional existente, que é produto da política (Vira *apud* Chang, 2002).

Além disso, ao propor a despolitização da economia, os neoliberais estão assumindo suas visões políticas como ‘objetivas’, ‘acima da política’, e minando o princípio do controle democrático. A chamada neoliberal por despolitização é frequentemente justificada apregoando uma defesa da ‘maioria silenciosa’ contra os políticos corruptos, os feudos dos burocratas e os poderosos grupos de interesse. Todavia, a diminuição do domínio da política, que a proposta neoliberal de despolitização apregoa, somente serve para diminuir mais ainda a pequena influência que a sociedade tem para modificar resultados de mercado, os quais são influenciados, em primeiro lugar, pelos parâmetros institucionais determinados politicamente. Por não poderem os neoliberais opor-se abertamente à democracia, tentam fazê-lo desacreditando os ‘políticos em geral’ e fazendo propostas que buscam reduzir a influência desses políticos e burocratas não confiáveis, no entanto, diminuem o controle democrático em si mesmo.[61]

Este discurso neoliberal dominante e corrente sobre o papel do Estado, atualmente é prevalente nos países ocidentais, nos organismos internacionais, com importantes reflexos na área da saúde. Tem-se vivenciado, na maioria dos países desenvolvidos e nos em vias de desenvolvimento, com raras exceções, o predomínio dos seguros de saúde; da atuação do setor privado na área com retirada do Estado e presença mínima do mesmo na regulação da saúde de suas populações.

Somente uma proposta de boa sociedade[62] poderá tratar desse tema de forma resolutiva. Para Chang, há uma abordagem alternativa que incorpora a política e as instituições dentro de seu *core* analítico, que chamou economia política institucionalista,[63] também abordada anteriormente, que possibilitaria tal construção. Além de aceitar a variedade e a complexidade das motivações

---

[61] Podemos também registrar que as atividades políticas são frequentemente fins em si mesmos, e as pessoas podem produzir valor a partir das atividades *per si* bem como a partir de produtos de tais atividades (Hirschman *apud* Chang, 2002).

[62] Não vamos discutir como se chegará a este tipo de sociedade, é citada aqui como a utopia necessária para que haja promoção de saúde como se propõe no discurso da saúde pública/promoção da saúde, seria o contexto para uma ampla realização das expectativas. Mantemos a visão institucionalista, a partir da qual teríamos uma boa sociedade organizada para utilizar a capacidade produtiva de sua moderna tecnologia e das regras de trabalho das instituições econômicas para a provisão de todos os seus membros; aspiramos a uma justa distribuição dos rendimentos e produtos da nação; compartilhamento de responsabilidades e valores coletivos, buscando equidade, segurança e humanismo.

[63] O autor tem tentado desenvolver elementos dessa teoria em vários trabalhos anteriores. Ver Chang (1994b) e Chang e Rowthorn (1995).

humanas, também é necessário reconhecer que os seres humanos são fundamentalmente moldados pelas instituições. Aqui é preciso pensar na relação médico-paciente como também em todas as relações entre as pessoas e os membros das equipes de saúde.

Nas teorias neoliberais as instituições podem ser aptas para moldar 'comportamentos' individuais, punir ou premiar tipos particulares de comportamento, mas não estão aptas para mudar as 'motivações' em si mesmas (Ellerman, 1996; Hodgson, 2000; Chang, 2002). Em contraste, a economia política institucional não vê essas motivações como dadas, mas como sendo fundamentalmente moldadas pelas instituições que circundam os indivíduos, amparando, dessa forma, a proposta da promoção da saúde de estabelecer uma relação com as pessoas no âmbito de suas autonomias, de seus *empowerment*.

O problema da escassez de recursos (Almeida, 2002) para satisfazer as necessidades e demandas dos membros de uma sociedade não é novo e sempre esteve presente no pensamento político e econômico, durante séculos, inserindo-se no âmbito da questão mais ampla sobre a possibilidade de manutenção da ordem social. A crença em uma ordem política, promovida a partir do Estado e organizadora da sociedade, simultânea ao desenvolvimento do sistema econômico capitalista, é a base da expansão da capacidade de regulação social do Estado, da criação das representações democráticas e da ideia dos direitos sociais que sustentam os princípios de cidadania (Almeida, 2002). A dinâmica dessa intervenção estatal no campo social repercutirá de forma importante e específica em cada sociedade, notadamente no campo da saúde.

Essa agenda constitui um conjunto articulado de proposições: redefinição das relações público e privado; separação de funções de financiamento e provisão; diminuição da intervenção do Estado na provisão de bens e serviços; fortalecimento de seu poder de regulação; direcionamento da esfera pública para os grupos sociais 'mais necessitados' e reorientação da oferta pública, priorizando a prestação de serviços básicos e de baixo custo. Isso permitiria maior abrangência e eficácia; descentralização funcional das responsabilidades de prestação para as outras esferas de governo; introdução de mecanismos competitivos e de contenção, controle e recuperação de custos. Essa agenda busca melhorar a eficiência e estimular a privatização, sobretudo em relação à assistência médica, com fomento do mercado privado de serviços e da previdência social privada em praticamente todos os processos de reforma dos sistemas de saúde na região das Américas, o que inclui Brasil e Canadá.

Para tal, modificaram-se as regras de financiamento e de benefícios como também a participação dos atores sociais públicos e privados, separando-se as funções de regulação, provisão e financiamento. Estimulou-se uma maior participação do setor privado na provisão de serviços, e instituiu-se a competição entre as entidades seguradoras e as prestadoras, implantando-se formas de mercado na provisão pública de serviços. A ideia de seguro é dominante e existem diferenças importantes nas combinações entre seguro social público e seguros de saúde privados, estruturando-se arranjos público/privado (Almeida, 2002).

As reformas implementadas na América Latina exacerbaram alguns dos traços constitutivos das sociedades e criaram novos problemas ao privilegiar uma perspectiva economicista, pragmática e restritiva. Assiste-se assim à substituição dos valores de solidariedade e igualdade de oportunidade pelos de um 'individualismo utilitarista radical' (Almeida, 2002), mais característico de séculos passados do que do início de um novo milênio, e à substituição do princípio de 'necessidades de saúde ou de serviços de saúde' pelo de 'risco', monetarizado e definido segundo a posição social e econômica do indivíduo.

Na última década do século XX, em termos gerais, a situação dos sistemas de saúde manteve as desigualdades regionais; o financiamento público pouco se alterou; o gasto privado manteve-se alto, notadamente com seguros privados e esquemas de pré-pagamento das empresas e outras organizações da sociedade. Além da diminuição da cobertura populacional (com exceção de alguns países como Brasil e Colômbia), piorou o acesso e a utilização dos serviços de saúde e deteriorou-se consideravelmente a capacidade instalada pública, também com poucas exceções (Almeida, 2002).

Pode-se afirmar que, em alguns casos, as reformas executadas foram muito mais radicais que as dos países desenvolvidos, abrangendo vários âmbitos – do financiamento à reorganização dos sistemas de serviços –, e implicaram importantes conflitos com o princípio de solidariedade e equidade, aumentando a complexidade inerente aos sistemas de saúde. Além disso, foram aprovados princípios legais que institucionalizaram o direito à saúde como benefício social, e foram formalizados a cobertura universal e o comprometimento com o princípio da equidade (como Brasil e Colômbia), mas a operacionalização dessas mudanças, de fato, tem aumentado a fragmentação e a segmentação dos sistemas de saúde e não tem superado as desigualdades, além de não alcançar a eficiência proposta.

Apesar da necessária capacidade de regulação e de implantação, a reforma do Estado não se efetivou como desenhada, e o desenvolvimento

dessa capacitação foi prejudicado pelo *stress* fiscal e o desprestígio das instituições públicas e de seus funcionários (Schmidt, 1999). A influência da tendência das reformas do setor saúde orientadas pelo mercado (Whitehead, Dahlgren & Evans, 2001) tem gerado a 'armadilha da pobreza', em todo o mundo, geralmente se espalhando no sentido norte-sul, e do Ocidente para o Oriente.

Programas globais têm sido defendidos por agências, tais como o Banco Mundial (Bird) com vistas à privatização do setor saúde e ao aumento do financiamento privado, por meio da cobrança de taxas dos usuários. Além disso, interesses comerciais têm sido promovidos pela Organização Mundial do Comércio (OMC), que tem tentado abrir os serviços públicos para mercados e investidores estrangeiros. Esta política conseguiu pavimentar o caminho para financiamento público de operadores privados nos setores de saúde e educação, especialmente nos países ricos do hemisfério norte, nas duas últimas décadas.

Embora tais tendências para minar os serviços públicos gerem uma ameaça concreta para a equidade nos sistemas de bem-estar social estruturados da Europa e do Canadá, para os países de rendas baixa e mediana são ameaças imediatas, pois seus sistemas são frágeis. Duas dessas tendências – a introdução de taxas de usuários para os serviços públicos e o crescimento das despesas desembolsadas para serviços privados –, podem, se combinadas, constituir uma armadilha maior para o empobrecimento.

Uma segunda tendência reforçadora do uso de taxas no serviço público é o aumento das práticas médicas privadas e um explosivo crescimento das farmácias privadas. O acesso limitado aos serviços de saúde profissionais e o *marketing* agressivo de drogas em um mercado não regulado não somente gerou um uso irracional de remédios, como também desperdiçou recursos financeiros escassos, especialmente entre as pessoas pobres.

As afirmações positivas sobre essas estratégias não têm sido corroboradas pelos estudos empíricos, que, ao contrário, apontam para consequências muito negativas. O aumento de despesas, com serviços públicos e privados de atenção à saúde, está levando famílias para a pobreza e aumentando a pobreza daqueles que já eram pobres. A magnitude dessa situação, conhecida como 'a armadilha médica da pobreza' tem sido mostrada por estudos de acompanhamento das famílias e estudos participativos de alívio da pobreza. Os efeitos negativos são, portanto, de dupla via: empobrecimento da saúde e aumento dos gastos médicos. Dessa forma, tem-se ineficiência e ausência de equidade na saúde (Whitehead, Dahlgren & Evans, 2001).

A Sociedade Civil e a Cidadania

Ainda no contexto das reformas, a transformação da sociedade civil (Cohn, 2003b; Schmidt, 1999), ampliando-a e redefinindo-a no interior das regras do poder político, ocorre em um contexto de diminuição progressiva da soberania do Estado. Esta se manifesta na definição de políticas nacionais, aumentando o descompasso entre as políticas econômicas e sociais, continuando estas últimas a terem como referência o Estado nacional, enquanto aquelas passam a ser crescentemente determinadas pela economia global.

Esta sociedade civil como instituição, uma sociedade civil constituinte, para fins analíticos, situa-se entre uma sociedade econômica – caracterizada por relações ditadas pelas formas de propriedade e associações de cunho puramente econômico –, uma sociedade política – fundada nos partidos e no sufrágio – e uma sociedade civil – fundada em direitos de comunicação, associação e movimentos civis. Essa distinção permitiria superar o tradicional dualismo entre Estado e sociedade, e imprimir, ao mesmo tempo, ênfase à dimensão normativa da vida coletiva.

Em decorrência, as configurações das relações entre Estado e sociedade civil são passíveis de serem pensadas a partir da capacidade de a ordem instituída integrar no processo decisório os múltiplos atores sociais presentes no novo cenário das sociedades contemporâneas, preservando-se as condições para a possibilidade de institucionalização das aspirações normativas desses atores.

Com esta diferenciação e pluralidade de sujeitos e atores sociais, com distintos graus na consolidação de sua identidade social; com a tensão entre as esferas pública e privada como principal elemento organizador da vida em sociedade, a questão dos direitos e da cidadania passa a se exercer por gradações e possibilidades distintas. Segundo Vieira[64] (*apud* Cohn, 2003b: 16), "A cidadania, no âmbito deste esforço coletivo, não pode mais ser vista como um conjunto de direitos formais, mas como um modo de incorporação de indivíduos e grupos ao contexto social". Nesse sentido, vai importar como concretamente as pessoas serão incorporadas nas ações de atenção à saúde, a partir de suas perspectivas, no exercício de suas condições de sujeitos e atores sociais.

Outros autores, no entanto, privilegiam a dimensão política da cidadania, como é o caso de Michael Walzer[65] (*apud* Cohn, 2003b), analisando a

[64] Ver Vieira (2001).

[65] Ver Walzer (1992).

sociedade civil da perspectiva do conflito e do enfrentamento de interesses diferenciados. Assim, é por permitir o enfrentamento crítico das diversas reivindicações sociais que a sociedade civil desempenha sua tarefa de gerar civilidade, pois o respeito à diversidade e ao pluralismo funda o discurso da cidadania na prática.

A discussão sobre cidadania é muito ampla. De acordo com Dallari (*apud* Scherer, 1987), a origem do conceito de cidadão deu-se durante a Revolução Francesa como uma demonstração da igualdade de todos. Não havia mais nobres e plebeus, livres e escravos: havia apenas cidadãos, e o cidadão era dependente do Estado, que estabelecia regras para aquisição da cidadania, dizia quais eram os direitos deles e as condições para gozá-los, fixando também as hipóteses de sua perda. Assim pode-se observar que não vem sendo raro que os direitos fundamentais da pessoa sejam negados ou restringidos por leis que tratem da regulação da cidadania.

A cidadania, portanto, não implica só acesso à satisfação das necessidades dos cidadãos inscritas como direitos, mas, sobretudo, proteção jurídica que garanta que os mesmos cidadãos serão efetivamente portadores do direito de usufruí-los (Cohn, 2003b). Isso significa que a cidadania, para estar configurada, exige a autonomia dos sujeitos sociais, portadores do direito de promoverem suas escolhas responsavelmente. Esta consideração implica que a cidadania é uma via de mão dupla, e engloba o gozo de direitos e o cumprimento dos deveres na vida em sociedade.

A dinâmica de transformação da sociedade (Bodstein, 2003), sob efeito da globalização e da chamada 'modernidade tardia' (Giddens, 2002) neste novo milênio, revoluciona quase que inteiramente a estrutura social, a agenda governamental e o caráter e conteúdo do conflito social. Se, por um lado, o papel do Estado nesse novo cenário vem sendo questionado, é necessário, por outro, reafirmar sua importância e acima de tudo a centralidade do espaço público como conquista da democracia e do exercício da cidadania. Assim, a sociedade moderna (Giddens, 2002) deve ser entendida politicamente por meio do exercício da democracia e do processo contínuo de adequação dos direitos, de acordo com as mudanças democraticamente construídas.

A construção de uma utopia social baseada nos direitos humanos e no indivíduo como princípio moral constitui um dos principais aspectos da transformação política da sociedade contemporânea e fundamento dos movimentos de emancipação. A distância entre norma e fato social precisa

ser compreendida, pois a igualdade assumida em lei e as condições reais de desigualdade e injustiça social exigem denúncias e direitos reivindicados. A cidadania é então o espaço jurídico da igualdade e dos direitos humanos, terreno compartilhado, de modo a permitir que todos os indivíduos tenham liberdade de ser diferentes.

O exercício democrático e a defesa da cidadania têm como pressuposto sujeitos sociais que se organizam para reivindicar direitos. Estes sujeitos sociais também precisam ouvir o poder público quando este atua em defesa da preservação de suas vidas. A capacidade de fala precisa seguir a capacidade da escuta, mesmo quando esta escuta implica mudança de hábitos aos quais se está arraigado.

Há um debate sanitário que necessita ser travado: o quanto se é também responsável pelo próprio adoecimento e morte prematura? Ainda que esta discussão seja travada, de algum modo, nos contextos psicológicos, compreende-se que para a promoção da saúde, ela necessitaria ser ampliada para o espaço social e político. A afirmação de direitos implica o fortalecimento de organizações sociais, respondendo pelo processo contínuo de renovação de interesses, identidades e atores sociais. Modifica constantemente o conteúdo dos conflitos e movimentos sociais. Atualmente, os conflitos sociais trazem a marca da fluidez e da fragmentação de acordo com os diversos interesses, concepções e organizações da sociedade civil.

Nesse sentido, é fundamental que a sociedade civil aja em defesa de seus direitos. Um exemplo importante foi o que ocorreu na Tailândia. Dois pacientes, com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), processaram o laboratório farmacêutico Bristol-Myers Squibb e o Departamento Tailandês de Propriedade Intelectual porque tinham 'conspirado para intencionalmente suprimir' a restrição de dosagem da patente do *Didanosine.* Este processo tornou-se simbólico por demonstrar como as companhias multinacionais e os governos dos países industrializados protegem seus próprios interesses às expensas do acesso a remédios essenciais por parte dos pobres. A corte judicial intimou o Departamento de Propriedade Intelectual como um corréu. A sentença colocou um importante precedente: afirmou que drogas essenciais não são apenas outros produtos de consumo, mas um direito humano, e que os pacientes estão sendo prejudicados por patentes (Ford *et al.*, 2004).[66]

[66] Os acusados inicialmente apelaram, mas desistiram dessa apelação em janeiro de 2004.

A corte judicial continuou a afirmar a primazia da vida humana nos acordos comerciais, como reconhecido internacionalmente na Declaração de *Doha*,[67]como segue:

> insistiu-se que o Acordo Geral como parte do Comércio em Serviços-Aspectos Relacionados de Direitos de Propriedade Intelectual (*General Agreement on Trade in Services- Related Aspects of Intellectual Property Rights/ Trips*) seja interpretado e implementado assim como promovidos os direitos dos membros para proteger a saúde pública, especialmente a promoção e suporte ao acesso a remédios. (Ford *et al.*, 2004: 560)

Acredita-se, esta foi a primeira vez que uma decisão de corte usou a Declaração de Doha (capital de Qatar) para proteger a saúde pública e os direitos dos pacientes. Ao final do julgamento foi decidido que as: "partes prejudicadas (...) não estão limitadas a manufatores ou vendedores de remédios protegidos por patentes. Aqueles em necessidade dos remédios são também partes interessadas nas concessões das patentes" (Ford *et al.*, 2004: 561). A Fundação de Acesso a Aids também foi considerada uma parte interessada, afirmando o importante papel dos grupos da sociedade civil.

A Cooperação Técnica Internacional em Saúde

A cooperação técnica internacional, na área da saúde, nasceu da compreensão de que o controle de doenças entre os países seria fundamental para o exercício das relações comerciais e também da interdependência econômica e política internacional cada vez mais complexa. Segundo Rosen (1994: 343), "a presença da doença em uma área constituía-se em um perigo para muitas outras". Nesse contexto, foi criado, em 1902, o Escritório Pan-Americano de Saúde, para responder pela região das américas. Em 1907, em Roma, foi instituído o Office Internationale d'Hygiène Publique [Escritório Internacional de Higiene Pública], resultante de várias conferências sanitárias acontecidas no século XIX, com a preocupação de acompanhar as informações sobre peste, cólera, varíola, tifo exantemático e febre amarela.

---

[67] Até 2005, os países em desenvolvimento membros da OMC devem implementar o acordo Trips-Acordo Geral como parte do Comércio em Serviço – Aspectos Relacionados de Direitos de Propriedade Intelectual. Sem o uso efetivo de salvaguardas para assegurar a competição genérica, o custo de todos os novos remédios dependerá quase exclusivamente do preço estipulado pelo detentor da patente. Os países também necessitam de assistência para encontrar suas obrigações sob a Declaração de Doha, implementar o acordo Trips e promover acesso a remédios para todos (Ford *et al.*, 2004).

Em 1923, criou-se a Organização de Saúde da Liga das Nações, tendo o Serviço de Inteligência Epidemiológica como unidade primordial ao seu funcionamento: estudos sobre higiene rural, habitação, saúde escolar; centros de saúde, seguro-saúde e educação física, com enfoque na difusão do conceito de promoção da saúde.[68] Iniciou-se o trabalho incluindo outras organizações, como, por exemplo, a Fundação Rockefeller. Acreditava-se que a saúde comunitária fosse função governamental e que os países precisavam de ajuda com a criação de agências de saúde nacionais e locais para atuarem por meio de pesquisa, educação e treinamento de pessoas da área de saúde pública e de instalação de exposições, bem como via oferta temporária de recursos, pessoais e materiais para estabelecimento de novos serviços comunitários (Rosen, 1994).

Estes são os princípios de atuação de organismos internacionais de saúde e, em particular de programas de cooperação técnica bilateral, que se desenvolveram após a Segunda Guerra Mundial. Em 1946, foi criada a Organização Mundial da Saúde (OMS) que substitui a Organização de Saúde da Liga das Nações, do Escritório Internacional e da Administração de Assistência e Reabilitação das Nações Unidas; que começa a existir após ratificação de sua constituição por 26 países. A Carta das Nações Unidas estatui a ajuda mútua entre países devido aos problemas sanitários e sociais.

Para a OMS, agência multilateral de coordenação mundial, a saúde é "um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo, crença política, condição social ou econômica" (OMS, 1948). Outras organizações, como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco) atuam ao lado da OMS.

Esse trabalho internacional em saúde, particularmente a assistência técnica, esteve associado à política externa. Em 1942, propunha-se a resolver problemas de saúde comunitária nas américas por meio de acordos bilaterais e outros. Criou-se o Instituto de Assuntos Interamericanos, sob liderança dos Estados Unidos da América do Norte, para assistência técnica. A atuação enfatizou a saúde comunitária sob supervisão e perdurou até os anos 70.

Nesse período, enfatizou-se a importância da relação entre desenvolvimento econômico e saúde pública, como complementares, interdependentes, englo-

[68] Conceito de promoção da saúde à época, da medicina preventiva, o causador da doença como um agente biológico a ser combatido por ações de saúde pública sob orientação dos serviços de saúde.

bando o desenvolvimento social e cultural. Houve redução drástica das doenças transmissíveis, melhoras no abastecimento de água pura e da elevação do nível de vida. Ao mesmo tempo outras patologias foram surgindo, sobretudo aquelas relacionadas ao aumento da esperança de vida, a agressões ao meio ambiente e às decorrentes do trânsito, entre outras.

Nesse contexto, a OMS foi o produto do clima político gerado após a vitória sobre o nazismo e o fascismo. Sua Constituição é um documento que deveria prover os princípios sobre os quais trabalha. Com as mudanças do pós-guerra ao redor do mundo, os Estados Unidos da América do Norte tornaram-se a força predominante. Isso teve um efeito altamente adverso sobre a OMS que tem também, frequentemente, se tornado quase um cinturão de transmissão para a instituição dos Estados Unidos da América do Norte, cuja dominação é decorrente de sua provisão à organização, de 20% de seu orçamento (Navarro, 2004).

Segundo Navarro (2004), tal dominação é constatável ao se observar a língua usada nos documentos oficiais, que é o inglês, e o uso de termos que diminuem a gravidade dos problemas encontrados na realidade social, como por exemplo, o termo fome, agora substituído por baixo peso, e desigualdades, agora descrito como disparidades. O objetivo é evitar qualquer expressão ou tom que possa ser visto como juízo de valor, ignorando o fato de que essa terminologia e discurso são por si só, profundamente ideológicos e políticos, negligenciando as realidades existentes e suas causas.

É precisamente a concentração do poder econômico, político e cultural entre e dentro dos países que está na raiz dos problemas sociais (incluindo saúde) mais importantes do mundo. Os mais ricos do mundo desenvolvido e os grupos sociais relacionados estão em interação com os mais ricos do mundo em desenvolvimento (20% das pessoas mais ricas do mundo vivem em países em desenvolvimento) e os grupos sociais relacionados. O discurso e a prática dessas instituições, tais como o uso do termo 'clientes' ao invés de 'pacientes', ou mercados de promoção da saúde (erroneamente identificado com escolha) ao invés de planejamento de saúde (abandonado por ser considerado encorajador de ineficiência e burocracia), são dominantes: no Fundo Monetário Internacional (FMI), no Bird, na OMC e também na OMS. Nesse cenário ideológico, a gerência orientada ao mercado está nas agendas dos dirigentes do setor público, e os serviços nacionais de saúde estão sendo substituídos por serviços privados, seguros, planos de saúde, entre outros (Navarro, 2004).

Dessa forma, são as instituições políticas e de saúde dos Estados Unidos da América do Norte, seus aliados e os dirigentes das corporações e grupos do mundo em desenvolvimento que estão impondo políticas neoliberais às populações dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. A maior parte da população norte-americana opõe-se e tem uma profunda desconfiança da orientação para o mercado e seu programa operacional, não aprovando as Organizações de Manutenção da Saúde (HMO), dirigidas pelas companhias de seguro privado (Navarro, 2004). Essas políticas têm resistido dentro e fora da OMS, que pode levantar-se contra governos poderosos e grupos de pressão. O ponto que necessita ser esclarecido é que isto ocorre muito raramente.

Outra consequência desse padrão de influência e controle são os programas de ajuste estrutural (caracterizados pela redução do gasto público social e pela privatização dos serviços de saúde), por muitos anos apresentados pelo governo norte-americano, pelo FMI e Bird, como a solução para a pobreza do mundo. Tais programas, entretanto, têm feito grandes danos para as infraestruturas dos serviços de saúde nos países em desenvolvimento (Banerji, 1999; Navarro, 2004).

Outro exemplo de políticas neoliberais são as estratégias da OMC para o livre comércio de serviços, forçando a adoção dessa proposta junto aos países com serviços nacionais de saúde ou mesmo seguro nacional de saúde. A OMC tem pressionado o Canadá a desmantelar esses serviços para permitir a operação de companhias comerciais de saúde e/ou corporações de negócios médicos (Thompson, 2003; Navarro, 2004). Em ambas as instâncias, a OMS, por colaborar com o Bird, tem sido participante na promoção de tais políticas. Dessa forma, tem acatado um ambiente cultural e ideológico que justifica investimentos em saúde sobre a base do que contribuem para o desenvolvimento econômico.

Nos últimos 25 anos do século XX houve uma profunda mudança na cooperação técnica internacional na área da saúde (Buse & Gwin, 1998). O Bird emergiu e consolidou sua posição como principal financiador externo de atividades do setor saúde em países de rendas baixa e mediana. Como resultado de seus recursos, a filosofia e a legitimidade dessa instituição influenciaram reformas de programas de trabalho do setor saúde, como também relações institucionais em níveis globais e nacionais. Em 16 anos de atuação, já em 1996, ele chegou a 11% dos compromissos anuais, enquanto, em 1980, respondia por 1% do total de empréstimos concedidos.

No período 1985-1993 a instituição alcançou US$ 2 bilhões anualmente, a preços de 1996, excluindo os empréstimos bancários, ao passo que o orçamento regular da OMS foi de US$ 800 milhões de dólares. A partir de então começam a declinar o prestígio e a influência internacional das organizações de saúde no mundo e tudo passa a ser uma questão de aporte de recursos financeiros e eficiência na área da saúde, mais do que em qualquer outra época da modernidade. A maioria das reformas, em seu *core*, centra-se ao redor do papel do Estado nas economias mistas capitalistas, e secundariamente na priorização da alocação de recursos e mudanças organizacionais.

Em contraste, a influência da OMS como agência especializada em saúde foi amplamente confinada aos ministérios da saúde. Quando se fala OMS, a referência diz respeito a quaisquer de suas regionais no mundo, sendo a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) a da região das américas. Consequentemente, alguns analistas veem a publicação, em 1993, pelo Bird, do Relatório de Desenvolvimento Mundial, Investindo em Saúde, como o divisor de águas da passagem da liderança, na saúde internacional, da OMS para o essa instituição. No Relatório de Desenvolvimento Mundial, de 1993, o banco propôs racionalidade e metodologia para a estimativa da carga de doenças de cada país baseadas no indicador de anos perdidos de vida (Daly)[69] para várias doenças. Devido a seu método, práticas de negócios e agenda, o Bird tem alterado as prioridades do setor e as relações entre organizações bilaterais e multilaterais e países receptores nos níveis, nacional e global. Estas mudanças levantam vários temas obrigatórios que devem ser debatidos e conduzem para um tema final e relativo ao futuro da cooperação internacional para o desenvolvimento da saúde: a instituição tem preenchido um vazio de liderança na reforma e financiamento do setor saúde, mas não tem e não está em posição de desenvolver *expertise* técnica constitutiva do mandato da OMS.

[69] Indicador que procura medir simultaneamente o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos. Mede os anos de vida perdidos por morte prematura ou incapacidade em relação à esperança de vida ideal, cujo padrão é o do Japão, país com maior esperança de vida ao nascer do mundo (80 anos para homens e 82,5 anos para mulheres). Ver Schramm *et al.* (2004).

3
Estudo Comparado Brasil e Canadá

A comparação entre Brasil e Canadá está aqui estabelecida na atuação dos ministérios da Saúde do Brasil e da Saúde e Bem-Estar do Canadá, ao enunciarem as políticas públicas que contemplam a promoção da saúde. Para tanto, serão analisados ao longo deste capítulo textos específicos sobre a saúde pública e a promoção da saúde, em cada país, e a comparação dar-se-á em função dos acordos estabelecidos no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS)/ Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e nos âmbitos das conferências respectivas, internacionais, globais e latino-americana.

Para sua realização, consideram-se quatro variáveis em estudo – gestão, intersetorialidade, qualidade de vida e participação social –, os componentes conceituais da promoção da saúde em cada país e o contexto da cooperação técnica internacional em saúde. Ressalta-se que a análise focaliza a atuação dos ministérios da saúde dos dois países, portanto a atuação no âmbito federal. Discute-se o que se entende por cada variável e apresenta-se os processos de saúde pública e de promoção da saúde de cada país, para concluir com a elaboração dos quadros comparativos, configurando a abordagem empírica propriamente dita.

Nos textos sobre os dois países, as variáveis escolhidas para a comparação são analisadas com base em consultas às fontes empíricas pesquisadas. Essas variáveis foram verificadas em cada país, em relação à proposta de promoção da saúde, dessa forma permitindo a comparação entre elas, haja vista as grandes diferenças entre os dois países. Desse modo, são definidos os focos de atenção com respeito às variáveis escolhidas e delimitam-se os acordos nos termos das conferências.

Variáveis Escolhidas e seus Significados para esta Comparação

'Gestão' é o exercício da função diretiva propriamente dita, a tomada de decisões no processo de trabalho, o que implica exercer essa condução em um permanente processo criativo, sustentado por planejamento e avaliação sistemáticos de interação tanto entre todos os atores sociais envolvidos quanto entre os receptores das ações empreendidas, em busca da consecução dos propósitos, com suporte científico-tecnológico adequado (Dror, 1999).

'Intersetorialidade' é um processo articulado e integrado de formulação e implementação de políticas públicas, caracterizando a corresponsabilidade dos atores sociais envolvidos com os temas em discussão. Estes atores sociais, de diferentes setores da atividade humana, sejam governamentais, não governamentais ou da sociedade civil, relacionam-se entre si, apresentando demandas de soluções, no sentido da consecução de seus propósitos políticos, econômicos, sociais, organizacionais, entre outros (Sen, 1999).

'Qualidade de vida' é a capacidade de usufruir, com independência e bem-estar, todos os bens disponibilizados para cada pessoa, considerando capacidade como reflexo da liberdade de eleger entre diferentes formas de vida, tendo como parâmetros a ética da sociedade, as conquistas existenciais, em igualdade de oportunidades para o bem-estar (Nussbaum & Sen, 1996).

'Participação social' é o processo pelo qual interagem os atores sociais institucionais e não-institucionais, sejam das esferas, pública e ou privada, organizados em torno de interesses ou entidades e associações, indivíduos e lideranças, parlamentares e outras autoridades. As formas de participação podem ser: institucionalizadas, em conselhos, e não-institucionalizadas, em fóruns participativos, mas sempre deverão levar em conta as dimensões da negociação, da informação, da avaliação e do monitoramento (Fernandez & Mendes, 2003).

Acordos das Conferências e Resoluções da Opas/OMS sobre Promoção da Saúde

Os acordos são as propostas escritas nos documentos relativos às conferências, validados pelos países participantes e posteriormente também pelos não-participantes em se considerando a adesão no âmbito da Opas/OMS (Brasil/MS, 2001; Guimarães, 2002).

Os acordos firmados durante as conferências são amplos, sem especificidades, devido à diferenciação dos países-membros. Da mesma forma, as propostas no âmbito da Opas são também redigidas de modo mais geral. Somente quando implantados e implementados nos países, pode-se verificar suas peculiaridades. Dessa forma, serão, ao longo deste capítulo, transcritos os aspectos mais importantes dos acordos das conferências sobre a 'promoção da saúde', assim como das resoluções posteriores da Opas, que Brasil e Canadá assinaram, compondo assim o contexto internacional da cooperação técnica em promoção da saúde em análise.

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (WHO/Unicef, 1978), em Alma-Ata, União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, em 12 de setembro de 1978, estabelece a meta 'Saúde para Todos no Ano 2000', sendo a atenção primária à saúde, a possibilidade para seu alcance, no espírito de justiça social. A proposta fundamental é promover e proteger a saúde de todos os povos do mundo. O conceito de saúde da OMS é ratificado, sendo um direito humano fundamental, portanto o maior objetivo social do mundo. Sua realização requer a ação de muitos atores sociais e econômicos, inclusive do setor saúde, o que implica a intersetorialidade. Nesse sentido, seriam corrigidas as desigualdades no estado de saúde; obter-se-ia o desenvolvimento econômico e social, em uma nova ordem econômica internacional. A saúde passaria a contribuir para uma melhor qualidade de vida e para a paz mundial; seria um direito e um dever a participação social, tanto individual quanto coletiva, no planejamento e na implementação das ações; os governos seriam responsáveis pela saúde de seus povos e deveriam prover medidas de saúde e sociais; e a atenção primária à saúde seria uma atenção universal, integral (promoção, proteção, tratamento e reabilitação), prestada por equipes de saúde produtoras das ações, envolvendo todos os profissionais de saúde, como médico, enfermeira, dentista, entre outros, e praticantes tradicionais, onde atuassem.

Nesse contexto, as políticas públicas nacionais e seus planos, emoldurariam a vontade política transformadora da realidade e possibilitariam cooperação entre os países. Chama ainda a atenção para que os gastos em armamentos e conflitos militares sejam usados em prol da vida, por meio da saúde dos povos. Tudo o que posteriormente foi discutido nas demais conferências representa apenas outros modos de reafirmar estes significados, conforme análises a seguir.

A Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde – OMS/Associação de Saúde Pública Canadense, com apoio do Ministério da Saúde

e Bem-Estar do Canadá (OMS, 1986) –, realizada em Ottawa, Canadá, em 21 de novembro de 1986, que elaborou o documento intitulado a Carta de Ottawa, é uma resposta à crescente demanda por uma nova concepção da saúde pública no mundo, com foco nas necessidades dos países industrializados. Seu ponto de partida foi a "Declaração de Alma-Ata sobre a Atenção Primária à Saúde", o documento "Objetivos da Saúde para Todos" da OMS e debates sobre a ação intersetorial da Assembleia Mundial da Saúde, à época, e também a contribuição canadense. A saúde foi entendida como fonte de riqueza da vida cotidiana, em seu conceito positivo, sendo o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, portanto uma dimensão fundamental da qualidade de vida, dependendo, para sua consecução, da ação coordenada de todos os implicados, do governo e da sociedade, individual e coletivamente, comprometidos a seu favor e em uma ação internacional, com os requisitos e estratégias prioritários, já citados. O Brasil não participou dessa conferência, no entanto, posteriormente adere ao proposto pela Carta de Ottawa.

A Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (OMS, 1988), ocorrida em Adelaide, Austrália, em 5-9 de abril de 1988, ratifica Alma-Ata e a meta 'Saúde para Todos', assim como os compromissos da Carta de Ottawa, e redireciona as políticas de saúde, enfatizando a participação comunitária, a cooperação entre os diferentes setores da sociedade e os cuidados primários de saúde com seus fundamentos conceituais. É aprovada a "Declaração de Adelaide". As políticas públicas saudáveis foram seu tema central; retoma saúde como direito humano fundamental e importante investimento social. Propõe ênfase na equidade, acesso e desenvolvimento; nas responsabilidades pela saúde, notadamente, por parte dos governos, propondo a avaliação sistemática das ações; a abordagem integrada do desenvolvimento econômico e social e a participação ampla dos atores sociais; e identifica quatro áreas prioritárias para ações imediatas por meio das políticas saudáveis: apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, combate ao alcoolismo e tabagismo e criação de ambientes saudáveis. Propõe, por fim, a renovação dos compromissos assumidos na Carta de Ottawa. O Brasil participou dessa conferência.

A Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde (OMS, 1991), em Sundsvall, Suécia, 9-15 de junho de 1991, teve foco os ambientes favoráveis à saúde. É aprovada a "Declaração de Sundsvall". Ocorreu após a realização da Convocação para a Ação: promoção da saúde nos países em desenvolvimento, em Genebra, 1989. Após todos os eventos até essa data, a

Comissão Mundial pelo Desenvolvimento e o Meio-Ambiente, em seu relatório intitulado "Nosso Futuro Comum", trouxe um novo entendimento ao tema do desenvolvimento sustentável, com interesse público maior sobre a questão ambiental, inclusive por parte do setor saúde. A convocação, desta feita, é dirigida diretamente a políticos e outros tomadores de decisão, ademais de conclamar os defensores e ativistas da saúde, do meio ambiente e da justiça social a unirem forças em prol de uma aliança para combater a situação de pobreza e ambientes degradados. Conclama, outrossim, as organizações do Sistema das Nações Unidas a reforçarem a cooperação entre si, na direção do compromisso com o desenvolvimento sustentável e a equidade, sublinhando as dimensões, social, política, econômica e a necessidade de utilizar o potencial e o conhecimento das mulheres de todos os setores, reconhecendo suas capacidades e organizações. Propõe a prestação de contas dos setores de saúde e meio-ambiente, incluindo todos os organismos internacionais, nacionais, da sociedade civil, organizações não governamentais, entre outros. O Brasil participou dessa conferência.

A Conferência Internacional de Promoção da Saúde (Opas/Ministério da Saúde da Colômbia, 1992), de 9-12 de novembro de 1992, em Santafé de Bogotá, Colômbia, é a primeira conferência a realizar-se na América Latina, e reconhece que o desafio da promoção da saúde na região é transformar as relações de iniquidade e deterioração das condições de vida da maioria da população. Os compromissos assumidos foram os anteriormente aprovados nas conferências precedentes, sintetizados no documento denominado "Declaração de Santafé de Bogotá". O Brasil participou dessa conferência.

A Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde (OMS, 1997), de 21-25 de julho de 1997, em Jacarta, Indonésia, teve como tema 'Novos protagonistas para uma nova era: orientando a promoção da saúde no século XXI'. Foi aprovada a "Declaração de Jacarta". É a primeira reunião internacional localizada em um país em desenvolvimento e a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. Acrescenta às demais no sentido da discussão sobre os determinantes de saúde, no entanto, as prioridades para o século XXI são praticamente as mesmas: promover a responsabilidade social com a saúde; aumentar os investimentos para fomentar a saúde; consolidar e expandir parcerias em prol da saúde; aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo; conseguir uma infraestrutura para a promoção da saúde, com consequentes recomendações para as ações. É proposto também que a OMS assuma a liderança na formação de uma aliança mundial de promoção

da saúde e que apoie os estados-membros na sua implementação. O Brasil participou dessa conferência.

A Quinta Conferência Global sobre Promoção da Saúde (OMS, 2000), de 5-9 de junho de 2000, na Cidade do México, México, é denominada 'Das Idéias às Ações'. A importância fundamental dessa conferência, que ratificou todos os compromissos anteriores, foi a presença de ministros de Estado da Saúde dos países que assinaram documento intitulado "Declaração do México", assumindo que a promoção da saúde deve ser "um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países na busca de equidade e melhor saúde para todos", ademais de se comprometerem a informar ao diretor-geral da OMS, para fins de relatório a ser apresentado à 107ª Sessão da Diretoria Executiva, o progresso registrado na execução das ações correspondentes aos compromissos. O Brasil participou dessa conferência.

A Sexta Conferência Global para a Promoção da Saúde (OMS, 2005), em 24 de junho de 2005, em Bangcok, Tailândia, produziu a "Carta de Bangcok para a promoção da saúde num mundo globalizado", afirmando que as políticas e as parcerias para gerar *empowerment* às comunidades e para melhorar a saúde e a equidade na saúde deveriam estar no centro do desenvolvimento global e nacional. Ratifica todos os compromissos assumidos nas outras conferências e confirmados pelos estados-membros durante a Assembleia Mundial da Saúde. Informa o progresso alcançado pelo movimento da promoção da saúde através da elaboração dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio[70] que contempla seis objetivos relacionados à saúde. Como estratégias, propõe a *advocacy* para a saúde, com base nos direitos humanos e solidariedade; o investimento nas políticas sustentáveis com vistas aos determinantes de saúde; a construção da capacidade para o desenvolvimento político, a liderança, a prática da promoção da saúde, a transferência do conhecimento e a pesquisa; o 'alfabetismo em saúde' (Kickbusch *apud* OPS/OMS, 2001), dessa forma construindo qualidade de vida; parceria e construção de alianças com organizações públicas, privadas, não governamentais e internacionais e sociedade civil para criar ações sustentáveis. Propõe ainda os compromissos e ações correspondentes, não muito diferentes das anteriormente anunciadas. O Brasil participou dessa conferência.

Advocacy, estratégia proposta somente durante a Sexta Conferência Global para a Promoção da Saúde, é um termo guarda-chuva para o ativismo organizado relacionado a um conjunto particular de temas, significando uma

---

[70] Ver <www.objetivosdomilenio.org.br>.

defesa de algo ou de alguém. Após essa conferência passa a ser mais um dos componentes do conceito de promoção da saúde. Espera-se que esta defesa não seja enganosa e sempre atue com boa fé, embora esta algumas vezes seja corrompida pelo uso da propaganda. É quase sempre organizada no interior de/ou por um grupo de defesa política ou de interesses especiais. Em outras instâncias, um indivíduo pode atuar como lobista, por sua própria conta ou em nome de uma corporação ou indústria. A tradução utilizada tem sido advocacia, no entanto, vamos manter o termo em inglês pelo significado que advocacia tem em português (Wikipedia English, 2006).

O trabalho da OMS em promoção da saúde (Kickbusch, 1994) propôs, até 2004, melhorar quatro áreas-chave: estado de saúde; atenção à saúde; estilos de vida e meio ambiente. Para isso foram elaborados 38 alvos com vistas à 'Saúde para Todos'. A pergunta subjacente é: 'como se pode estar próximo a uma política de saúde que lida com saúde tanto quanto com a provisão do cuidado da doença e a tecnologia?'

Esta permanece uma questão não resolvida em todo o mundo, e cada vez mais demanda atenção porque a maioria dos governos não quer gastar mais do que 8 a 10% de seu Produto Interno Bruto (PIB) com os cuidados de saúde. A Resolução WHA 51.12 da OMS, de 1998, reitera o compromisso mundial assumido durante a Conferência de Jacarta, na Indonésia, via Declaração de Jacarta para todos os estados-membros da organização.

Por seu turno, a Opas aprovou, em 1994, o "Plano de Ação Regional para a Promoção da Saúde nas Américas", para o quadriênio 1995-1998 (Bogus & Sacardo, 2004). A partir dessa resolução do Conselho Diretivo (CD37. R14, 1993), estratégias identificadas com a promoção e a proteção da saúde das populações passaram a ser valorizadas como capazes de mudar a prática da saúde pública e de melhorar os múltiplos determinantes das condições de saúde.

As principais linhas de ação estabelecidas no Plano e acordadas pelos países foram: envolver nas ações os tomadores de decisão; promover políticas públicas saudáveis (alimentos e nutrição; abstinência do fumo, bebidas alcoólicas e outras drogas; erradicação da violência; e ambientes seguros); fortalecer as comunidades locais no desenvolvimento das ações de saúde; desenvolver parcerias e mobilizar recursos financeiros, humanos e materiais; estabelecer planos de ação nas escolas, ambientes de trabalho e municípios, promovendo redes de apoio entre prefeitos e organizações não governamentais; e apoiar pesquisas operacionais que monitorem a avaliação das experiências. As orientações estratégicas e programáticas da Opas de 1995/1998 estimularam o

desenvolvimento dessas propostas na América Latina, pois o Canadá já estava envolvido com a promoção da saúde desde 1974.

Em 5 de abril de 2001, durante a 128ª Sessão do Comitê Executivo da Organização Pan-Americana da Saúde, o Ponto 4.10 da ordem do dia reconhece que "apesar do consenso crescente em relação à eficácia da Promoção da Saúde, muitos estados-membros não elaboraram ou puseram em prática planos de ação pertinentes e poucos países dedicaram recursos suficientes para a Promoção da Saúde". Insta que haja um compromisso para fortalecer o planejamento de atividades de promoção da saúde a fim de conseguir que as comunidades e a sociedade abordem os fatores determinantes da saúde e aumentem a equidade. Conclama a atenção para os compromissos dos ministros de Estado da Saúde, assinados na "Declaração do México", em 2000, de conferir à promoção da saúde lugar de destaque na agenda política e identificar claramente as áreas prioritárias.

A Opas atua apoiando os estados-membros da região das Américas, por meio da Divisão de Promoção e Proteção da Saúde (HPP), prestando cooperação técnica e estimulando a colaboração entre eles para fortalecer o planejamento de atividades de promoção da saúde, estabelecer políticas públicas e criar ambientes saudáveis. Propõe também o aumento da 'alfabetização em saúde', que é "um conjunto de capacidades específicas de um contexto determinado, para obter acesso, compreender e usar a informação e outros recursos para o desenvolvimento pessoal e coletivo em matéria de saúde" (Kickbusch *apud* OPS/OMS, 2001).

As orientações estratégicas e programáticas, para o período 1999-2002, propõem o desenvolvimento de espaços sãos, de políticas públicas saudáveis e outras estratégias de promoção da saúde. Tais proposições devem ser executadas nas seguintes áreas programáticas: saúde mental, incluído o controle do tabagismo e a prevenção do uso abusivo de substâncias; a alimentação e nutrição; a saúde da família e a população em todo o seu ciclo de vida, assim como a saúde sexual e reprodutiva. Aqui foi acrescentada ao discurso do período anterior a 'saúde da família e da população' em termos de ciclos de vida.

Para o período 2003-2007, no Plano da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas, 2002) constaram as seguintes áreas estratégicas: prevenção e controle e redução de doenças transmissíveis; prevenção e controle de doenças não-transmissíveis; promoção de estilos de vida e ambientes sadios; crescimento e desenvolvimento sadios. Além disso, preparação, manejo e resposta a desastres; acesso universal a sistemas de saúde integrados, equitativos e sustentáveis;

e promoção da contribuição efetiva da saúde nas políticas sociais, econômicas, ambientais e de desenvolvimento.

As exigências para que se conseguissem as propostas foram: eliminação da lacuna de informação e comunicação; maximização de tecnologias; melhor capacidade de previsão; aproveitamento da ciência e tecnologia; e colocação da cooperação técnica em situação de influenciar as questões transnacionais e globais. Para tanto, seria preciso atrair e manter quadro pessoal criativo, competente e comprometido e transformar a Oficina Sanitária Pan-Americana em uma organização de alto desempenho. Ocorreram novas inclusões, desta feita, a ciência e tecnologia, sistemas de saúde integrados e a melhora das informações.

A Saúde Pública e a Promoção da Saúde no Brasil

O Estado brasileiro (Luz, 2000) caracteriza-se por uma centralização decisória devido à concentração de poder institucional que se expressa nas políticas públicas, inclusive a da saúde. Ao longo do século XX, esta estrutura[71] mantém-se apesar da existência de ações da sociedade civil para modificá-la, da entrada de novos atores sociais políticos e de uma efetiva descentralização vir se materializando a partir dos anos 90, não tendo ocorrido uma 'verdadeira desconcentração do poder político' (Luz, 2000; Lamounier, 1990; Santos, 2006).

Esta centralização criou uma separação entre a prestação de serviços, a administração e a gestão correspondente, não declarada, mas mantenedora do poder federal. Com a efetivação da municipalização, conforme proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nos anos 90, a regulamentação das 'Normas operacionais básicas' passa a limitar esta concentração de poder. Conforme assinalado por Luz (2000: 295):

> Apesar de algumas contradições e confrontos provocados pela política descentralizadora do SUS com a política neoliberal, esta última voltada para o desmonte do sistema público de serviços, é inegável o processo de descentralização da gestão dos serviços de saúde verificado durante a última década do século.[72]

[71] A autora afirma que toda a discussão que faz no artigo (Luz, 2000) resulta de reflexões sobre a leitura de autores que ela vem consultando; de dissertações que vem orientando nos cinco anos anteriores à escrita dele; de leituras de teses que arguiu em participações de bancas. Para ela, estas fontes representam um conjunto de teorias, ideias e fatos que possibilitam a formulação de hipóteses sobre estas questões da política de saúde no Brasil e que lhe permitem propor afirmações e articulações sociopolíticas sobre o Estado em suas relações institucionais e com a sociedade civil, com o que concordamos.

[72] Ver Draibe (1993).

Historicamente, o poder federal[73] no Brasil apresenta-se como um universalismo social abstrato que se contrapõe aos poderes regionais e locais tanto quanto às demandas da sociedade civil organizada. Há uma oposição política entre federal e regional que nasce do suposto de que a sociedade civil defende apenas seus interesses, sejam regionais, locais e/ou corporativos, em oposição a uma postura universal do Estado. Enquanto nas nações europeias, o capitalismo sucedeu ao feudalismo propiciando a república moderna e a democracia como regime social, a república brasileira resultou de acordos entre atores políticos que a proclamaram, sem representação de movimentos de massa e/ ou partidos populares. Nesse sentido,

> a República assim fundada não é politicamente *instalada* em toda a sua plenitude nem mesmo no plano formal, jurídico. Impõe-se *de cima para baixo* sobre forças e instituições sociais vigentes que rejeitam na prática os princípios universalistas da República democrática com suas consequências: a efetiva separação dos poderes executivo, legislativo e judiciário; o controle mútuo desses poderes no intuito de preservar a Nação do arbítrio dos socialmente poderosos; a horizontalização das relações no plano jurídico através do reconhecimento formal do primeiro princípio da cidadania – *todos os homens nascem livres e iguais* – e o exercício do poder do Estado como expressão de uma *vontade geral* através do voto (reconhecimento jurídico-político da cidadania). (Luz, 2000: 296 – grifos da autora)

Para muitos estudiosos, resistências sociais ao regime republicano teriam suas raízes nesses poderes regionais mais atrasados, inclusive em análises histórico-estruturais de cunho marxista dos anos 70 (Albuquerque, 1981; Carone, 1977; Fernandes, 1975; Ianni, 1971a, 1971b, 1973, 1974, 1975; Martins, 1975; Kowarick, 1971; Moura, 1978; Pinheiro, 1975; Singer, 1976; Vianna, 1976; Weffort[74] *apud* Luz, 2000), justificando as políticas mais centralistas ou mais regionalistas. O centralismo das políticas públicas brasileiras coaduna-se com o regionalismo corporativista dos interesses regionais, frequentemente locais. Nesse contexto:

> o centralismo político é coerente com o regionalismo (particularista) social da República brasileira. Desta forma, uma república centralizadora do poder político como a nossa é coerente com uma sociedade *particularista* (concentradora de poder) do ponto de vista social. A unidade política necessária ao funcionamento das instituições republicanas nessa estrutura é obtida à custa de um poder centralizador e concentrador de decisões. O poder unitário tende a ser um poder autoritário, *acima da sociedade*, e não

[73] Ver Costa (2004).

[74] Ver Weffort (1973, 1978).

> fruto do consenso na diversidade da sociedade civil (poder democrático). A sociedade política não representa a sociedade civil: *paira acima dela*, como diria Gramsci, não a integrando senão de maneira instável e coercitiva. As políticas públicas, sobretudo as sociais, são um exemplo da permanência secular destas características: unitárias, verticais e instáveis. (Luz, 2000: 296)

Três consequências fundamentais são apresentadas: a primeira é que não se constitui uma associação de cidadãos organizados por interesses comuns e não se propicia o desenvolvimento da cidadania; a segunda é a ausência de limites entre o individual e o coletivo, entre o que é a coisa pública (público) e a propriedade particular (privado). Os mais poderosos impõem por meio da política seus interesses particularistas, definindo normas e tomando decisões em detrimento das necessidades e interesses da maioria, o que vem ocorrendo há mais de 35 anos com as políticas públicas e sociais. E uma terceira consequência é este tipo de ação passar às instituições civis ligadas ao poder público: "constituem-se em núcleos burocráticos concentradores de poder (...), investem na sua própria reprodução, aceitando que perante as normas, em princípio, todos são iguais, mas há alguns *mais iguais que outros*" (Luz, 2000: 297).

As relações sociais resultantes permitem o estabelecimento de um poder hierárquico sobre a sociedade, e o assumir um papel de controle sobre os cidadãos. A burocracia não se vê como servidora da sociedade civil, sendo pré-republicana e pré-democrática, assumindo a cidadania como 'vassalos do poder público' (Faoro, 2000). Por seu turno, a sociedade civil não percebe seus direitos e vê as instituições como

> manifestação da grande entidade soberana que é o *Governo* (Estado). As relações dos simples cidadãos com essas *entidades*, através de atitudes tendem a ser de manipulação ou subserviência, no sentido de obterem, dos burocratas, certos *favores* de tipo clientelista, geralmente para serviços a que têm direito constitucional (Luz, 1992; Luz, 2000: 297 – grifo da autora)

Essas tendências estruturais não diminuíram ao longo do tempo, e, como síntese, o Estado, por ter esta composição social, não delega "poder nem no plano das instituições (delegação de funções, diversificação de instâncias de decisões) nem no plano da sociedade civil (consulta, diálogo ou negociação com atores que a representam)" (Luz, 2000: 298).

No início do século XX, a política de saúde no Brasil adotou o modelo campanhista,[75] de conformação unitária,[76] centralizada, vertical e concentrada

---

[75] Ver Faria (1995).

[76] Ver Oliveira (2004: 1-26).

em termos de poder político, baseado na força da autoridade médica. Esta autoridade, significando 'autoridade da competência', implica a exclusão dos 'ignorantes', representados pela sociedade civil, em termos de interferência nas decisões a serem tomadas (Luz, 1982, 2000; Costa, 1985). Essas características são marcadas pela ideologia do progresso ligado à autoridade da Razão e de tudo que dela decorre, sendo típicas do Estado Nacional do fim do século XIX e início do século XX. Do ponto de vista do Estado, tudo podia ser feito sem consultas, pois todos trabalhavam para o desenvolvimento da Nação. Nesse período, grandes profissionais, tais como Oswaldo Cruz,[77] Carlos Chagas, entre outros, seguiram este modelo, o que viabilizou uma política de saúde sanitarista até o início dos anos 30, apesar de haver reações da sociedade civil.

Naqueles anos, a legislação e as instituições voltaram-se para a previdência e a saúde de categorias específicas de trabalhadores, inseridos em ramos estratégicos da economia, tais como marinheiros, bancários, entre outros. Os direitos sociais de cidadania não eram para todos, havia um caráter nitidamente corporativo nessa assistência à saúde. A organização era federal, a gestão centralizada, com agências e escritórios regionais, seguindo o modelo concentrador de poder federal. Constituiu-se a "burocracia com o espírito weberiano de funcionário público" (Luz, 2000: 299). Instituíram-se os concursos, as carreiras em todas as áreas públicas (Santos, 2006). Considerando a formação da República brasileira, o funcionário assume o espírito de um 'servidor de governo' e não de um 'servidor civil': "estava sendo mais forjado para defender a estrutura e as prerrogativas do Estado do que os direitos do cidadão comum. Esta base original de formação marcou profundamente a natureza do funcionalismo republicano brasileiro" (Luz, 2000: 299), o que continua até os dias atuais. E disso resultou que

> foram criados ministérios e legislação ligados à política social e à saúde, instituição de departamentos e serviços ligados às já tradicionais campanhas sanitárias, serviços e departamentos que passaram a ter vigência efetivamente nacional. Houve tentativas de controlar as endemias e epidemias em todo o território do país a partir de planos e programas voltados para este fim. Além disso, serviços hospitalares municipais foram criados ou incentivados nos grandes centros urbanos, beneficiando trabalhadores sem instituto (sem carteira assinada), ou desempregados, ou 'indigentes' em geral, sendo estes últimos, pessoas sem recursos para tratamento de saúde embora não necessariamente mendigos. Em outras palavras: houve,

[77] Ver Buss e Gadelha (2002).

> no período, diversificação e burocratização no âmbito das políticas públicas (...) (Luz, 2000: 299-300)

Nesta fase urbano-industrial, a sociedade civil desenvolveu-se, buscou participar da vida nacional, no plano cultural e educacional, e depois na organização sindical e partidária. Seguiu-se um período de forte repressão política, que redundou na criação de órgãos de repressão com o exercício de controle sobre a sociedade civil. Consequentemente, a burocracia estatal desenvolveu um poder significativo sobre a cidadania e isto contribuiu para que o 'serviço público fosse visto como algo estranho e potencialmente hostil à alteridade, à diversidade e à divergência', visão esta que permanece até os dias atuais.

No pós-guerra, vem a tensão da 'guerra fria'; a democratização e o crescimento econômico dos anos 50. Nada disso alterou a concentração do poder na sociedade brasileira – não ocorreu desenvolvimento social, e as cidades cresceram de forma desordenada, o que foi criando a população urbano-marginada, com suas favelas e grotões de miséria.

O retorno de Getúlio Vargas ao poder (Santos, 2006), através do voto em 1950, trouxe mudanças em relação às políticas públicas e sociais nas áreas de transporte, energia, alimentação, educação e da saúde, buscando assegurar sua universalização e estatização. Este projeto não teve êxito, e a entrada do capital estrangeiro, notadamente o norte-americano, acentuada na gestão do general Eurico Gaspar Dutra, trouxe ao Brasil a guerra fria e o combate aos comunistas (Luz, 2000). Do período até a morte de Getúlio registra-se a criação do Ministério da Saúde, em 1953, e surge a ideia de realizar uma

> efetiva *descentralização* dos serviços de saúde como parte de uma reforma institucional com vistas ao *desenvolvimento econômico* (...) a proposta de *hierarquização* na prestação de serviços com prioridade concedida ao que posteriormente se designou como *atenção primária*. (Luz, 2000: 300-301 – grifos da autora)

Esta proposta pertencia ao projeto de estatização da atenção médica oferecida à população, e somente na década de 1960 constou do projeto das 'Reformas de Base' do presidente João Goulart, proposto ao congresso e à Nação. Na terceira Conferência Nacional de Saúde de 1963, o tema foi a descentralização dos serviços de saúde (Brasil/MS, 1963).

A descentralização da política de saúde não se efetivou no período, no entanto, a discussão instalada, assim como sua reivindicação por burocratas do Ministério da Saúde e dos órgãos da Previdência Social, inscreve a proposta de municipalização da atenção à saúde. Esta proposta busca, além da descon-

centração do poder do Estado, a participação popular nas políticas públicas (Luz, 1979, 2000), ainda que esta participação refira-se principalmente aos próprios profissionais de saúde, a entidades sindicais e partidárias e a órgãos corporativos médicos, e não a toda a população, o que inclusive persiste, pois a participação da sociedade civil na saúde é regulada até os dias atuais por estes mesmos segmentos sociais.

Esta concentração política expressa, em termos de poder político, o afunilamento socioeconômico que caracteriza a sociedade brasileira: "manifestando a resistência de poderes particularistas regionais (...) geralmente de base local, corporativos e conservadores, (...) dominantemente representados nos três poderes do Estado em seu nível central" (Luz, 2000: 301). Dessa forma, inviabiliza as tentativas de descentralização/desconcentração nas políticas públicas propostas historicamente e com alianças na burocracia estatal, com algumas exceções. O que ocorre em seguida, com o período autoritário militar, corrobora esta análise, haja vista o respaldo encontrado nas instituições públicas, apesar das resistências mencionadas. Assim,

> essa baixa resistência testemunha ao mesmo tempo a fragilidade de nossa sociedade civil, marcada por desigualdade social profunda (...), estruturada como uma *república de indivíduos*; e a existência de uma ordem institucional burocrática avessa à participação da sociedade civil em suas atividades e alheia ao seu serviço. Uma ordem política quase fechada em si mesma volta-se em grande parte para sua reprodução, em que pesem mudanças verificadas nas duas últimas décadas. (Luz, 2000: 301 – grifos da autora)

O período dos vinte anos de ditadura militar[78] (1964-1984) caracterizou-se por uma atividade de centralização e concentração do poder institucional (Luz, 1979, 1991, 1994; Santos, 2006). Segundo Luz (2000: 302), o processo de descentralizar os serviços de saúde é retomado no início dos anos 80, devido à crise das políticas sociais decorrentes do autoritarismo do Estado, sobretudo nas áreas de saúde e previdência social: "Esses setores estavam exauridos pela corrupção engendrada pelo autoritarismo refletido nas normas de privatização de serviços e atos médicos das duas décadas anteriores". A significação da retomada está posta porque os atores sociais envolvidos não mudaram: "burocracia e profissionais da área de saúde e previdência e o projeto é basicamente o anterior sanitarista e desenvolvimentista (...), embora atualizado" (Luz, 2000: 302).

---

[78] Ver Queiroz e Vianna (1992).

A descentralização incorpora o projeto de formulação de políticas sociais para buscar soluções de atendimento para os indigentes, e a Opas/OMS e a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (Cepal) propõem como parte do Plano Decenal para as Américas (1972) a extensão dos serviços de saúde, sobretudo na área rural, com regionalização, hierarquização e integração dos serviços de saúde. No Brasil (Almeida, 1995), é criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), a partir de 1976, estendido a todo o país em 1979, por meio de uma articulação entre Instituto Nacional de Saúde Previdenciária (Inamps), Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde e prefeituras, agregando o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição. A proposta de participação também cresce e engloba a sociedade civil como usuária dos serviços, em vez do conceito de comunidade, em vigência nos anos 60. Após o Piass, seguiu-se o Prev-Saúde, para reordenar o setor através da Extensão das Ações de Saúde por meio da expansão dos serviços básicos, que não teve vigência.

As Ações Integradas de Saúde, que representaram a descentralização municipal de serviços, foram estruturadas a partir de 1982, com o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), no bojo da atenção primária à saúde, decorrente da Conferência de Alma-Ata, com vistas à 'Saúde para Todos no Ano 2000'. Várias experiências, continuadas após 1984 com a política de saúde da Nova República e a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (Suds) – hierarquizado, regionalizado, descentralizado, com participação da população organizada –, constituíram-se em laboratório de elaboração do projeto do SUS. Este projeto organizado pelo movimento da Reforma Sanitária (Ribeiro, 1993) chegou praticamente pronto à VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, em 1986, para onde convergiram mais de três mil pessoas, fato inédito na história dessas conferências (Luz, 1994, 2000).

Vários autores assinalam que na década de 1980 (Ribeiro, 1993; Arretche, 2003) ocorreu uma progressiva movimentação social em torno das políticas públicas, principalmente a de saúde, que passou a ser vista pela sociedade civil organizada (associações, organizações civis, sindicatos, partidos) como 'direito de cidadania' (Luz, 1991, 2000). Houve a formação de movimentos populares em torno das questões centrais das políticas de saúde (universalização, hierarquização e acessibilidade em relação aos serviços), bem como grande participação de grupos organizados locais (comunitários) nas conferências de saúde estaduais e municipais, preparatórias para a VIII Conferência

Nacional de Saúde, fruto da importância que essa questão adquiriu na conjuntura política (Mattos, 1990; Luz, 2000).

As reivindicações dos crescentes movimentos populares ratificaram a questão da descentralização dos serviços, adicionando a 'participação popular' no planejamento e, sobretudo, na 'gestão' desses serviços como elemento primordial do controle da sociedade sobre essa gestão. Essa reivindicação é também inédita por parte da sociedade civil em termos de desconcentração do poder político estatal a seu favor.

É importante assinalar aqui que a intensa movimentação da sociedade civil, mobilizada através do movimento sanitário, teve um papel muito importante para a aceitação na política oficial de grande parte das propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, consubstanciadas no SUS (Castro, 2003; Cordeiro, 2004; Almeida, 2003). Em 1988, as propostas foram aprovadas pelo Congresso Nacional, por força da participação dos atores sociais nas políticas de saúde, profissionais de saúde, burocracia do Ministério da Saúde e da Previdência e também pela efetiva participação popular na busca dessas mudanças. "Pela primeira vez uma política pública[79] oficializou-se no país, que buscava, ao menos no seu discurso, a descentralização e a desconcentração em proveito de instâncias intermediárias de poder institucional" (Luz, 2000: 302). O 'controle social' do cidadão foi possibilitado por meio de participação em conselhos estaduais, municipais, destinados a esse fim, além do Conselho Nacional de Saúde, com atuação no âmbito federal da gestão. "A saúde tornou-se a vanguarda das políticas públicas nessa questão" (Luz, 2000: 302).

Foi no campo da especialidade médica denominada medicina preventiva[80] que começou a se organizar (Fonseca, 1997) o movimento sanitário

---

[79] Brasil (1988). É estatuído que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação; criado o Sistema Único de Saúde: as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade, com o setor privado atuando livremente, ao tempo em que também pode ser complementar ao sistema.

[80] Para Castiel (1994), medicina social/preventiva/comunitária indica a área disciplinar/acadêmica que estuda o adoecer considerando a biologia e os determinantes sócio/político/econômico/ideológicos. Em Arouca (1975: 8-9) é assim definida: "(...) a Medicina Preventiva (...) representa um movimento ideológico que, partindo de uma crítica da prática médica, propõe uma mudança, baseada na transformação da atitude médica para com o paciente, sua família e a comunidade. (...) a Medicina Preventiva trata de (...) mudar uma atitude tradicionalmente isolada e conquistada dentro da cura individual dos doentes para uma atitude de compreensão da missão médica como aquela de alcançar para todos os seres humanos da comunidade, em que o médico trabalha, um estado de saúde' (...) o médico há de ser, portanto, um trabalhador social no sentido mais amplo do termo".

(Burlandy & Bodstein, 1998), na tentativa de conciliar produção do conhecimento e prática política, ampliando o âmbito específico de sua área de atuação, envolvendo-se no fortalecimento das organizações da sociedade civil e nas demandas políticas pela democratização do país. Três vertentes que caracterizaram a Reforma Sanitária: "a construção de um novo saber; a ampliação da consciência sanitária e a organização do movimento social" (Fleury *apud* Fonseca, 1997). A Reforma Sanitária concretiza os princípios ideológicos que enfatizam o papel do Estado e da estrutura econômica como determinantes dos rumos da saúde no país, buscando a universalidade, a gratuidade, a descentralização e a participação do usuário, no marco da ideologia marxista.

O movimento da Reforma Sanitária usou enfoques que enfatizaram os aspectos histórico-estruturais da realidade, possibilitando abordagens macroestruturais e a crítica aos aparelhos do Estado (Minayo, 2001). Porém, ficaram em segundo plano as análises da *práxis* e dos sujeitos sociais, históricos e culturais na configuração do campo. Como as teorias têm uma vinculação necessária com a prática, o pensamento histórico-estrutural acabou por constituir o arcabouço teórico da Reforma Sanitária, uma reforma levada a cabo para mudar as estruturas organizativas e institucionais, portando algumas propostas, e alcançada em lei, graças a um movimento de elite política, setorial e sindical (Minayo, 2001). Ficou claro, pelo menos teoricamente, desde Lalonde, 1974, da Conferência de Ottawa e de todos os outros eventos que se sucederam organizados pela OMS/Opas, que alguns pressupostos, como os estilos de vida, o ambiente e as novas descobertas da biologia, têm muito mais influência sobre a saúde do que o sistema médico. Apesar de aceita a proposição teórica, a produção e a prática da saúde coletiva[81] continuam a se pautar nos marcos da atuação médica, fundada na doença e na evitação da doença e não na ideia de promoção que privilegia o conceito positivo de saúde.

No início da década de 1990, o neoliberalismo[82] estruturava-se através do desmonte de políticas sociais construídas em décadas anteriores. Observa-se que os contrastes e os problemas crônicos da sociedade brasileira em todos os níveis (econômico, social, político e cultural) tornaram-se mais complexos, como resultado da forma de crescimento econômico, do desenvolvimento social do país e da globalização. Se os anos 80 tinham sido considerados por

[81] Saúde coletiva implica pré-requisito essencial da inclusão das ideias de diversidade e heterogeneidade para a abordagem dos grupos populacionais e das individualidades com seus modos singulares de adoecer e/ou representarem tal processo (Castiel, 1994). Termo aplicado à saúde pública no Brasil.

[82] Ver Pereira (1996).

grande parte dos economistas, sociólogos, cientistas políticos, como perdidos do ponto de vista socioeconômico, a década de 1990 (Noronha & Soares, 2001; Levcovitz, Lima & Machado, 2001) foi vista como 'década perdida' tanto para a questão social quanto para a economia (Luz, 2000). A concentração de riqueza, aliada ao crescente desemprego, piorou com a política econômica de ajuste fiscal adotada pelos governos, passando a economia brasileira, como várias outras do continente, a ser monitorada por organismos financeiros mundiais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (Bird). Foram implantadas políticas econômicas internacionais monetaristas centradas no setor externo, para as quais a expansão interna da produção e do emprego nos países tem pouca significação frente ao controle da dívida externa, do equilíbrio fiscal, da balança de pagamentos e da força da moeda.

Esses fatos atingem a população, motivando uma verdadeira crise na estrutura de atendimento da saúde pública. Ocorrem cortes de verbas para as políticas públicas. Dentre elas, a da previdência, da saúde, da educação e a da área social em geral, incluindo-se a precariedade de financiamento das pesquisas (Guimarães, 2006) científicas e tecnológicas, com vistas à contenção de gastos. O Estado neoliberal tem governado e dominado o cenário entre nós nos últimos dez anos, fazendo apelos constantes de participação e parceria com o setor privado para atividades sociais definidas como funções públicas essenciais. Do ponto de vista da concentração do poder, esse tipo de centralização enseja formas de manipulação e corrupção políticas de modo mais sistemático (Luz, 2000).

Comparando-se a atuação dos atores sociais dos anos iniciais do movimento da Reforma Sanitária – marcada por uma 'visão corporativa estrita, portanto particularista, dos anos 60'–, estes transitaram para uma 'visão mais democratizante, portanto mais universalista. Isso levou a uma interlocução mais igualitária com a sociedade civil organizada (associações, organizações, sindicatos, setores de partidos entre outros) e à aceitação da participação no planejamento e na gestão, como possibilidade de controle social, dos serviços de atenção primária à saúde, através dos conselhos (estadual, municipal) integradores de sua representação.

Profissionais em geral e técnicos e gestores do SUS, são, portanto, uma força política atuante nas instituições estatais de saúde e/ou nas instituições corporativas de saúde, produzindo a desconcentração do poder estatal em um processo de descentralização através da cogestão institucional em todos os níveis do SUS: local, municipal, estadual e federal. Nesse sentido, esses

profissionais (Pierantoni, 2001) e burocratas da área de saúde têm colaborado na descentralização e desconcentração do poder estatal no interior das políticas públicas brasileiras, sobretudo nos últimos 15 anos. Sua estratégia tem servido de modelo para outras áreas sociais, como por exemplo, a educação e a agricultura.

Cabe também ressaltar o avanço de movimentos populares e de organizações da sociedade civil, desde a segunda metade da década de 1980 (Mattos, 1990; Luz, 2000), buscando reivindicar participação no planejamento, na gestão e no controle social dos serviços de saúde. Organizações e associações locais comunitárias, atuantes desde o início dos anos 80, seguidas, na década de 1990, do surgimento e do desenvolvimento participativo das organizações não governamentais (ONGs) e dos agentes comunitários de saúde, têm impacto na movimentação política civil envolvendo a questão da saúde.

As conferências de saúde, até o início dos anos 80, ocorreram apenas no âmbito nacional, depois envolveram os âmbitos, municipal e estadual, quando da VIII Conferência Nacional de Saúde, chegando, nos anos 90 (Pinheiro, 2003), a uma movimentação local e municipal, com grande participação de delegados das esferas institucionais ou eleitos nas comunidades locais, representando organizações civis, muitas vezes partidárias e/ou religiosas, entre outras. Essa pressão encontra reação mais ou menos positiva, com maior ou menor intensidade, da parte do poder público.

A política de saúde inscrita no projeto original do SUS não reflete as políticas neoliberais. Ainda que ao Estado neoliberal interesse também a descentralização, a questão da descentralização/desconcentração na última década assiste aos atores institucionais atuarem conforme seus interesses corporativos ou seus compromissos com o aparato estatal ou a sociedade civil, emanando decisões e normas com maior ou menor grau de centralização ou concentração nas políticas de saúde (Luz, 2000).

No que concerne ao Estado, é preciso assinalar sua grande diversificação interna em direção ao âmbito local, operada na década de 1990, com a expansão dos municípios e o crescimento do peso dos governos municipais, através da expansão das prefeituras e suas secretarias. Um dado significativo desse crescimento é a organização dos prefeitos em associação nacional, bem como das câmaras legislativas, dando origem ao que Luz (2000) denomina 'associativismo público', antes inexistente. Os municípios necessitam unir-se para fazer face ao poder do âmbito federal, a fim de obter recursos orçamentários para suas atividades e evitar a crise fiscal por endividamento.

Além da própria estrutura do Estado e das políticas que dela decorrem, existem os interesses de privatização, organizados desde os anos 70 (Luz, 1979, 2000), transformados em *lobbies*, nos anos 80 (Luz, 1991, 2000), e em atores sociais de peso nos anos 90 (Luz, 1994, 2000): grandes laboratórios farmacêuticos, corporações médico-hospitalares e serviços privados de saúde transformados em atividade financeira, ou organizados em geral sob forma de cartéis. Essas forças sociais têm presença em todos os níveis e esferas governamentais e pressionam o Estado no sentido de seus interesses. O Estado, por sua vez, na área de atenção à saúde, tende a privatizar seus serviços e a se limitar a ser apenas um regulador do mercado em relação a preços e qualidades de serviços e produtos oferecidos à população.

Foram criadas regulamentações, com vistas à descentralização das funções e dos serviços, que permitissem sua efetiva transferência para o âmbito municipal, inclusive em plano financeiro: as Normas Operacionais Básicas (NOBs), editadas durante a década de 1990, são os instrumentos normativos mais significativos. A regulamentação de conselhos de integração de gestão institucional, em níveis municipal e estadual, iniciada nos anos 80 sem grande adesão, também se desenvolveu neste período, superando aos poucos o isolamento institucional no plano da gestão e do desenvolvimento de programas. Na década de 1990, portanto, houve descentralização na política de saúde brasileira.

No entanto, considerando-se a concentração dos recursos no governo federal, o controle contábil exercido sobre essas esferas de governo e a priorização de determinados programas verticais, não necessariamente coincidentes com as prioridades municipais, pode-se dizer que se trata de uma 'descentralização incompleta'. Dessa forma, chega a inviabilizar, por insuficiência de recursos, parcial ou integralmente, o funcionamento de programas e serviços locais, sobrecarregando de maneira sobre-humana os profissionais de saúde e responsabilizando-os pelas falhas resultantes da ineficácia do sistema de atenção à saúde (Luz, 2000).

É em torno do SUS e de seus desdobramentos mais recentes que o debate acerca da política de saúde pública tem-se desenvolvido, e a promoção da saúde tem sido uma decorrência do seu funcionamento. Importante considerar que atualmente não há muito espaço para a discussão sobre o processo de implantação do SUS, seus dilemas e sucessos, nem pelo Ministério da Saúde, nem pelos demais atores sociais interessados.

A Constituição de 1988 estatui que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. No entanto, há a necessidade de uma reflexão crítica sobre a

relação entre teoria e prática, pois ainda existe um grande descompasso (Elias, 2004) entre as conquistas legislativas e seu cumprimento efetivo (Giovanella & Fleury, 1996), que implicaria mudanças substanciais na realidade, pois segundo Schramm[83] (*apud* Luz, 2000), a Constituição de 1988 afirma direitos quanto à saúde do indivíduo que durante muitos anos só tiveram reconhecimento formal. Contou ainda com respaldo para seu não cumprimento, o que terminou por levar ao estabelecimento de direitos relativos; apesar do crescimento e da consolidação da noção de direito sanitário e das relações existentes entre saúde pública, direitos humanos, direitos privados e coletivos e o papel do Estado neste novo contexto (Dallari & Fortes[84] *apud* Luz, 2000).

Não é suficiente apenas o reconhecimento jurídico, ainda que tenha sido uma grande conquista, é necessário encontrar formas capazes de possibilitar sua efetiva concretização. Mudanças fundamentais ocorreram ao longo desses vinte anos: transformações tecnológicas e seu impacto nas diferentes áreas da saúde. A forte ênfase ideológica que acompanhou o movimento sanitário prejudicou a elaboração de propostas mais específicas e objetivas, que até então se concentravam no âmbito federal do Estado. Como avaliar a complexa rede que se estrutura no campo da saúde, amparada no crescimento do setor privado, e redefinir o papel do Ministério da Saúde como regulador e fiscalizador?

O país mudou ao longo desses vinte anos, os atores sociais envolvidos com a saúde pública também, e *pari passu* às transformações acontecidas ao longo desse período, aspirações iniciais ainda permanecem inalcançáveis. Defrontam-se com os desdobramentos que a implementação do SUS trouxe e a diversidade de respostas nas mais diferentes regiões brasileiras. De todo modo, a importância do Estado e da necessidade de avaliar o seu papel diante das atuais características da saúde pública, com o campo da promoção da saúde, persiste como sendo de suma importância: as relações entre democracia e saúde, valorizando as conquistas obtidas e buscando nos erros e problemas em enfrentamento novos caminhos para os desafios contemporâneos.

O debate brasileiro em torno do exercício da cidadania (Medeiros & Guimarães, 2002) no setor saúde configurou-se como regulado, concedido, em detrimento da correspondência real dos direitos dos diversos segmentos da sociedade, especialmente dos menos favorecidos. Estudos nacionais afirmam que o exercício dos direitos civis, políticos e sociais constituem, ainda hoje,

---

[83] Ver Schramm (1997).

[84] Ver Dallari e Fortes (1997).

privilégio dos países de democracias modernas ocidentais sob a experiência do *Welfare State*. A luta pela cidadania no Brasil adquire visibilidade social a partir do Estado autoritário de Vargas (1930-1945), estabelecendo-se assim os limites e as condições de funcionamento da força de trabalho.

As transformações recentes nas relações tradicionais entre Estado e sociedade civil (Luz, 2003) na sociedade brasileira a partir das políticas e instituições de saúde da última década passam da referência anterior do vínculo de trabalho para a de mercado e consumo, onde interessam os grupos de renda, como núcleo básico do dinamismo e/ou da estagnação da vida social. Dessa forma, surgem novos atores sociais que demandam políticas sociais específicas ou focais.

A diversidade política que caracteriza a conjuntura atual no Brasil, com traços da ordem patrimonialista e clientelista, que marcaram durante séculos a ordem sociopolítica brasileira, convivendo com as formas mais avançadas de participação cidadã do mundo atual, impede a generalização de efeitos ou características deste ou daquele traço institucional do SUS. Segundo Cohn (2003b), os conselhos de saúde podem se tornar instrumentos burocráticos e superados de participação na política de saúde, transformando o controle social em uma forma de reprodução da concentração do poder institucional (Krüger, 2000); no entanto, é também possível os conselhos serem formas de inclusão política e cultural da sociedade civil, no sentido de efetiva participação no Estado e afirmação de cidadania (Cohn, 2003b). Tudo depende de onde e em que governo se dá o exercício dessa participação institucional, uma vez que o sistema é descentralizado e o poder municipal ou mesmo local pode decidir politicamente. Em contrapartida, os movimentos civis, que reúnem grupos sociais ou coletividades atingidas por situações semelhantes em relação à saúde, reivindicam ao Estado, através dos conselhos gestores em diversos níveis (estadual, federal), com possibilidades de modificar conteúdos de propostas.

Essa cultura política, de todo modo, enseja o diálogo entre sociedade civil e Estado, com perspectivas mais ativas da parte da sociedade que, pelos seus movimentos associativos, passa a se ver como parte interessada nas políticas institucionais, diminuindo o tradicional fosso entre ordem política e ordem social na sociedade brasileira: "O projeto da Reforma Sanitária é então uma realidade política em movimento" (Luz, 2000: 307).

A implantação do SUS[85] representou a mudança de um modelo de assistência à saúde baseado no princípio contributivo e centralizado para um

[85] Há muitos documentos publicados sobre o SUS, as Normas Operacionais Básicas, entre outros conceitos relacionados, assim não abordaremos com aprofundamento.

modelo em que o direito legal de acesso gratuito a ações e serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade, é universal e com a prestação de serviços organizada de modo hierarquizado e descentralizado. Pode-se afirmar, *lato sensu*, que a proposta 'constitucional' do SUS preenche, por parte do setor saúde, os requisitos da promoção da saúde, conforme proposta na Carta de Ottawa, ao mesmo tempo que o campo da saúde coletiva também trata dos princípios da promoção da saúde (Carvalho, 2005).

Ainda que características do modelo anterior tenham permanecido, tais como a articulação público *versus* privado na provisão de serviços; a natureza do contrato de trabalho dos médicos que prestam serviços ao setor público; e o crescimento significativo do setor de saúde suplementar, entre outros, a concepção anterior de cidadania foi modificada, pois deixou de ser estruturada no vínculo de direitos sociais gerados a partir da inserção no mercado formal de trabalho.

No Brasil, atualmente, a promoção da saúde faz-se presente (Carvalho, 2004) na proposta da vigilância à saúde (Mendes, 1993; Teixeira, 2002), em termos do Ministério da Saúde; sustenta o projeto de Cidades Saudáveis (Westfall, 2000), em municípios especificados; influencia práticas de educação à saúde (Hills, 2000) e, não menos importante, suas diretrizes são parte da estruturação de muitos dos projetos de reorganização da rede básica, vinculados ao Programa Saúde da Família (PSF).

> Acredita-se que a adoção da ótica da Promoção da Saúde, na concepção dos sistemas de vigilância aqui proposta, pode contribuir sobremaneira para a reestruturação do conhecimento dos determinantes da saúde e da indicação de caminhos de ação que permitam envolver outros setores governamentais e a sociedade na solução dos problemas. (Gonçalves *et al. apud* Rocha, 2001: 8)

A incorporação dos princípios e estratégias de promoção da saúde ao SUS pode variar desde 'significar tudo para todos' (Carvalho, 2004) até incluir propostas socialmente transformadoras. Para que esta tendência se consolide, torna-se fundamental reafirmar, na concretude dos serviços de saúde, 'a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado', propondo, como caminho para a efetivação de uma promoção da saúde verificável, a utilização do conceito de *empowerment* junto à população, por meio de cada indivíduo, desse modo refletindo-se também socialmente.

Não houve, no Brasil, a construção de um Estado de Bem-Estar Social (Draibe, 1993) que pudesse servir de base para ações de superação dele e nem

de análises comparadas de políticas sociais dentro de um contexto assistencialista geral. Está ocorrendo um movimento paradoxal (Cohn, 2003b) em que apesar da existência, com distintos graus de efetividade, dos conselhos de saúde, tal como as demais áreas das políticas sociais, a saúde vem sofrendo o fenômeno de crescente tecnicidade nos processos de tomada de decisões. No outro extremo, o que se tem é a formulação de políticas e programas com base em parâmetros definidos por indicadores selecionados e que qualificam determinados segmentos e grupos sociais como socialmente mais vulneráveis. Em consequência, esses sujeitos sociais não se apresentam com suas identidades e/ou subjetividades.

No Brasil, a promoção da saúde (Canesqui, 2001) não se restringe à mera formulação de políticas saudáveis, paralelas à construção do SUS, mas serve de referência para reforçar a saúde como bem público. No âmbito das intervenções específicas de saúde, requer a ampliação e renovação dos modelos de atenção, cuidado, prevenção/reabilitação, cuja implementação geralmente está circunscrita à assistência médica, com baixa qualidade da atenção.

A promoção da saúde, como proposta desde a Carta de Ottawa, sugere o repensar dos modelos e dos pressupostos das intervenções em saúde pública e tecnologias adequadas, comunicacionais, educativas e relacionais, embora estas sempre estejam vinculadas a valores, desde que não se fundem apenas nos saberes técnicos, mas se incluam nas práticas sociais, sendo por elas influenciadas.

No Brasil, a análise crítica das políticas públicas (Bodstein, 2001) e de saúde, sob o marco da saúde coletiva, lidera tanto o movimento sanitário de defesa do direito à saúde, quanto a reflexão sobre a ampliação da cidadania, da liberdade e da democracia. Sem desqualificar os avanços conseguidos (Almeida, 2003) e a complexidade desse empreendimento, em um país continental, com enorme heterogeneidade e imensas desigualdades, até o momento, o resultado do processo de reforma não tem apontado para a construção do SUS tal como formulado na Constituição e nas leis que o instituíram. A fragmentação e a dualidade do sistema têm sido confirmadas; a heterogeneidade e as desigualdades não têm sido superadas, o que torna o SUS, na prática, o 'subsetor' público para os pobres, e a promoção da saúde um conjunto de programas verticais de controle de doenças e/ou agravos.

No início da discussão sobre promoção da saúde no Brasil, o termo, considerado como algo novo, foi incorporado nos discursos de técnicos e em documentos de diversos órgãos governamentais, e, no caso do Ministério da

Saúde, através da Secretaria de Políticas de Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz; da Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde, com o Programa de Informação, Educação e Comunicação; e do documento da Fundação Nacional de Saúde – o Plano de Ações de Promoção da Saúde (Gonçalves *et al.*[86] *apud* Rocha, 2001), apresentado em dezembro de 1997.

Durante a X Conferência Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde distribuiu 5.000 exemplares das declarações das quatro 'conferências de Promoção da Saúde' realizadas até então. A coletânea trazia uma afirmação: "é necessário avançar na democratização das informações e propiciar a um número cada vez maior de pessoas o contato com os documentos que expressam os momentos-chave da evolução desse conceito" (Buss & Ignarra, 1996: 6). A retomada da promoção da saúde deu-se em duas vertentes: a busca do enfrentamento dos determinantes da saúde (Málaga, Arango & Paredes, 2000) e não somente as consequências dos problemas da área; e a vertente associada a práticas educativas, dirigidas a mudar comportamentos danosos à saúde, com foco em estilos de vida.Outra iniciativa foi a elaboração do projeto BRA 98/006 (Brasil/MS, 1998), "Promoção da Saúde: um novo modelo de atenção", que estabelecia um projeto de cooperação entre o Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) e o Ministério da Saúde, sob responsabilidade da Secretaria de Políticas de Saúde, com a proposta de modificar a ênfase na prestação de serviços médico-hospitalares, enfoque curativo, via demanda espontânea dos serviços, para ter vigência até 2003.

A proposta de transformação do modelo, já em prática com o PSF, seria ampliada através do desenvolvimento da qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, ocasião em que a atenção individualizada entre profissional de saúde e o paciente mudaria para equipe de saúde e comunidade, identificando os outros setores relacionados com a saúde, contatando-os e propondo as necessárias inter-relações na consecução das ações.

Destaca-se ainda que a promoção da saúde é uma necessidade sentida nos programas de desenvolvimento, tanto pelo Ministério da Saúde como por outras organizações governamentais preocupadas com o setor. No entanto, entre 1999 e 2002, ocorreram muitas dificuldades devido às diferentes concepções teórico-conceituais e políticas em torno da promoção da saúde, não permitindo a 'pactuação e implementação de uma política nacional de promoção da saúde' (Castro, 2005) naquele momento.

---

[86] Ver Gonçalves *et al.* (1997).

Para Buss,[87] a promoção da saúde é: "a reafirmação da saúde como direito humano fundamental; que as desigualdades são inaceitáveis; que os governos têm responsabilidade pela saúde dos cidadãos e que a população tem o direito de participar das decisões no campo da saúde" (Buss *apud* Rocha, 2001: 23).

Atualmente, o ritmo ou crescimento do movimento da promoção da saúde está muito lento, restrito a técnicos. Os encontros acontecem, mas não se tornam realidades; a discussão está mais localizada nos meios acadêmicos. Existe, no Ministério da Saúde, uma estrutura de promoção da saúde, que se relaciona com as questões de municípios saudáveis e escolas saudáveis, entre outros. Em 2000, ocorreu uma conferência, o I Fórum de Promoção da Saúde no Sistema Único da Saúde, realizado pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), em parceria com o Ministério da Saúde, no dia 17 de maio de 2000, em Brasília. Desde então começam a se organizar um pouco mais, nos níveis políticos e acadêmicos e de serviços, os aspectos da promoção da saúde (Serrano & Lemos, 2003b). Mas ainda há muito a aprofundar. Em 2002, foi escrito o documento sobre política de promoção da saúde do Ministério da Saúde, no qual se afirmava que

> a Promoção da Saúde (...) deve ser composta por estratégias que se movem transversalmente em todas as políticas, programas e ações do setor saúde, numa tentativa de trazer o olhar, a perspectiva da saúde e do desafio do construir a integralidade em toda a sua complexidade e singularidade social e individual. Significa ousar na busca de tecnologias (indicadores, planejamento, processos avaliativos) que dêem conta do desafio da não-fragmentação destas mesmas políticas, programas e ações. Mais do que isto, a definição de ações voltadas para a Promoção da Saúde, embora tenha um componente regulatório, deve ser mais indutora e estar a serviço do desenvolvimento humano e do processo de emancipação da nação. (Brasil/MS, 2002: 16)

A mudança do atual modelo de atenção à saúde (Teixeira, 2003), de modo a se criar equilíbrio entre as ações de assistência médica, as ações de prevenção de riscos e agravos (vigilância epidemiológica e sanitária) e as ações de promoção da saúde ainda é o maior desafio enfrentado no processo de construção do SUS, em que pesem os esforços que vêm sendo desencadeados com a implantação do PSF e a descentralização das ações de vigilância à saúde.

[87] Então diretor da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) do Ministério da Saúde e presidente da Associação Latino-americana das Escolas de Saúde Pública (Alaesp), em entrevista citada na tese de Rocha (2001).

A gestão do SUS (Ferla & Jaeger, 2003), segundo as disposições legais, deve ter como objetivo principal a garantia do acesso equânime e universal às ações e serviços que proporcionem a atenção integral à saúde. Como a integralidade da atenção é um conceito associado à vida das pessoas, é na dimensão local, com configurações tão heterogêneas quanto é a realidade, que tem melhores condições de ser auferida e planejada, devendo, portanto, ser expressa com particular intensidade no âmbito municipal (Righi[88] *apud* Ferla & Jaeger, 2003).

Dessa premissa partiu a disposição constitucional de que os estados e a União caracterizem sua atuação como de cooperação técnica e financeira com os municípios. O desafio é, todavia, vencer a cultura instituída, que reforça os controles burocráticos, a indução administrativa, a gestão fragmentada e a subordinação da participação da população à formalidade dos ritos tecnocráticos.

Após a extinção da Secretaria de Políticas de Saúde, em 2003, a Secretaria Executiva passa a gerir a promoção da saúde, e, entre agosto de 2003 a dezembro de 2004, participou de eventos a ela relacionados. Analisou o estado da arte e propôs a construção da proposta de Política Nacional de Promoção da Saúde junto a instituições de ensino e pesquisa e aos gestores da saúde, constituindo o Grupo Redator da Política. No final de 2004, a gestão do processo passa à Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (CGDANT), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

Foi publicada a portaria n. 1190/2005 GM/MS (Castro, 2005), que instituiu o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, com a atribuição de consolidar a política respectiva, coordenar a implantação e articulação com vistas à sua concretização. O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Em 31 de março de 2006, foi publicada a portaria n. 687/2006 (Brasil/MS/Gabinete do Ministro de Estado da Saúde, 2006), que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde para o Brasil. Destaca-se aqui o Pacto pela Vida que constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um.

Dentre as macroprioridades do Pacto em Defesa da Vida, destaca-se o acesso e a qualidade dos serviços prestados no SUS, com ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família; a promoção, informação e educa-

[88] Ver Righi (2002).

ção em saúde, focando a promoção de atividade física, a promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, o controle do tabagismo; o controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e os cuidados especiais voltados ao envelhecimento.

Na base da criação do SUS encontram-se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade de o setor saúde ser responsável solitariamente pelo enfrentamento dos determinantes e condicionantes com vistas a opções saudáveis para a população, haja vista que eles cruzam vários âmbitos da realidade social. Nesse sentido, o SUS, como política do Estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde.

E o ordenamento do Plano de Ação nas três esferas de governo contempla oito componentes, a saber:

1. Divulgar, sensibilizar e mobilizar para a promoção da saúde;
2. Alimentação saudável;
3. Prática corporal, atividade física;
4. Prevenção e controle do tabagismo;
5. Redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas;
6. Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito;
7. Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;
8. Promoção do desenvolvimento sustentável.

A Saúde Pública e a Promoção da Saúde no Canadá

O Canadá é um país com grande dimensão territorial (Pederson, O'Neill & Rootman, 1994) e uma pequena população concentrada no terço sul de sua extensão. Seu sistema político é federal, com 10 províncias e dois territórios, cada um com seu próprio governo, além do governo nacional. Esta estrutura vem desde a Confederação instituída em 1867, tendo integrado um terceiro território no norte, Nunavut, em 1999. A sociedade canadense é multicultural, com dois povos fundadores, os franceses e os ingleses, com maioria, em muitas áreas do país, de população com contextos étnicos diferentes dos fundadores.

A jurisdição formal da saúde divide-se entre os vários níveis de governo. A maior responsabilidade é constitucionalmente definida como das províncias

e territórios, mas o governo federal tem um papel significativo. Este papel relaciona-se à sua grande capacidade de gerar receita; consequentemente, o envolvimento federal no campo da saúde é indireto, a partir dos primeiros dias da Nação (Renaud, 1981; Pederson, O'Neill & Rootman, 1994).

Desde o advento do seguro médico-hospitalar, com cobertura total, nos anos 50 e 60, todos os níveis de governo preocupam-se com o custo dos serviços de atenção à saúde, particularmente a taxa de aumento desses custos (Mahtre & Deber, 1992; Pederson, O'Neill & Rootman, 1994). Este contexto jurisdicional e fiscal é importante para situar o desenvolvimento da promoção da saúde no Canadá nos anos 70 e 80. A reforma do sistema de saúde no país, em todas as jurisdições está mudando as formas organizacionais, institucionais e fiscais.

A comunidade internacional[89] está mais familiarizada com as iniciativas de promoção da saúde do governo federal, tais como o "Relatório Lalonde" e "Adquirindo Saúde para Todos: uma estrutura para a promoção da saúde" (Epp, 1986), ou a Carta de Ottawa, na qual o Ministério da Saúde e Bem-Estar do Canadá colaborou com a OMS e com a Associação de Saúde Pública Canadense. Mas a maioria das pessoas conhece pouco o papel das províncias e dos territórios na promoção da saúde, pelo menos tão importante quanto aquele do governo federal,[90] dadas suas responsabilidades com a atenção à saúde.

A redução da mortalidade infantil (Badgley, 1994), o aumento da longevidade e a ampliação do acesso aos serviços de saúde sob o seguro nacional de saúde são ganhos consideráveis nas décadas recentes na saúde dos canadenses, no entanto, não se pode relacionar com causas específicas, inclusive com a promoção da saúde. Historicamente, cada período na expansão dos serviços de saúde canadenses tem se sustentado sobre alguma estratégia diferente de intervenção, inicialmente reguladora; depois a extensão dos serviços públicos; e nos tempos mais recentes houve uma ênfase sobre a promoção da saúde. Nas raízes sociais desses caminhos têm ocorrido mudanças básicas na economia nacional e na estrutura da sociedade, os quais são considerados difusos e indiretos para terem tido consequências mensuráveis.

Um tema central para o campo da promoção da saúde no Canadá é se e como isso pode ter contribuído para a melhora das condições de vida da população,[91] ou se evoluiu como um subproduto institucional acompanhando mudanças mais estruturadas nas condições de saúde do país. As principais

[89] Ver McQueen (1994).

[90] Neste livro, estaremos restritos ao governo federal, devido ao corte de análise proposto em seu desenho.

[91] Ver Hoffman (1994).

premissas do campo são positivas e prescritivas, assumindo que o estado de saúde de indivíduos e grupos pode ser alterado. Esta perspectiva é congruente com a racionalização crescente dos serviços de saúde pelo governo.

Como a demanda por atenção à saúde tem aumentado, com consequente elevação do gasto público, o Canadá, assim como outros países impuseram tetos orçamentários resultando em racionamento dos recursos da atenção à saúde. Essas pressões econômicas têm estimulado uma avaliação mais crítica no que diz respeito ao modo como tais serviços estão sendo usados, gerando a busca por meios mais eficientes e eficazes para os programas existentes, e têm esclarecido a natureza da escolha pessoal no uso dos recursos pagos pelo setor público (Badgley, 1994).

Até o final do século XIX, a maior ênfase foi em construir e manter os hospitais gerais públicos e o decreto de regulamentações sanitárias. Os médicos (Anderson, 1992) dedicavam-se à prática privada e cobravam honorários por seus serviços. Eram empresários habilitados pelo governo. Os hospitais gerais surgiram como lugares para proporcionar certos tipos de serviços médicos, e eram financiados por fundos filantrópicos, atendendo pagantes e não pagantes. A prestação de serviços médicos gratuitos era a continuação natural do interesse público que se esperava dos médicos, e, para eles, além da responsabilidade social cumprida, realizavam experimentos médicos empíricos em grande escala, o que propiciou o progresso das ciências médicas, ao mesmo tempo que aplicavam os conhecimentos adquiridos na prática privada.

A prática privada já estava bem arraigada no Canadá, quando os hospitais gerais tornaram-se indispensáveis para a atenção médica moderna. Em vez de converterem-se em especialistas que trabalhavam em hospitais, os médicos tratavam de conseguir trabalho nos hospitais para que seus pacientes pudessem hospitalizar-se, conservando ao mesmo tempo seus consultórios privados. Os dentistas e farmacêuticos dedicavam-se à prática privada como os médicos.[92] Nesse contexto, os serviços não evoluíram de forma planejada, mas sim aproveitando-se de recursos e valores sociais que existiam na época em que se estabeleceram as bases modernas dos serviços médicos. Os programas de saúde pública constituíam-se do controle sanitário do meio ambiente, do controle de epidemias e de doenças transmissíveis e da saúde materno-infantil, que funcionavam com fundos públicos (Anderson, 1992).

Nos anos 70 e 80, do século XIX, vários médicos, membros do parlamento, buscaram estabelecer um *Bureau* Nacional de Estatísticas de Saúde. Esses

[92] Ver Lanier *et al.* (2003).

esforços foram interrompidos, devido aos fundamentos constitucionais para a saúde. O governo federal então começou um programa que ainda tem continuidade e provê financiamentos para associações profissionais voluntárias, algumas das quais se responsabilizam por atividades de promoção da saúde, dando início à participação da sociedade civil na saúde.

No nível nacional, o governo federal continuou a política de prover financiamentos às associações voluntárias e profissionais, mas isso não se tornou uma ação do trabalho de promoção da saúde, como então era compreendida. Na reunião parlamentar de 1904, a assistência direta e a regulamentação para controlar o tabagismo foram temas básicos levantados à época. O debate voltou-se para a natureza da intervenção do Estado em assuntos de saúde, que tipos de temas seriam escolhidos e quem estaria envolvido nesses esforços. Um ano depois, um relatório de um Comitê de Articulação Senado-Câmara em Tuberculose, que pediu pronta intervenção federal, não resultou em ação, devido ao fato de que o governo federal não tinha jurisdição constitucional nessas matérias (Badgley, 1994).

A despeito desses desenvolvimentos consideráveis para um campo pequeno, a preocupação central pública com a saúde constituiu-se dos assuntos relacionados à introdução do seguro saúde nacional. Quando os hospitais (Anderson, 1992) atingiram o modelo atual em todos os países ocidentais, especialmente nas cidades, e *pari passu* demonstraram a eficácia crescente da atenção médica, surgiu a preocupação desses serviços estarem ao alcance de grandes segmentos da população, por meio do seguro médico. A orientação dos serviços de saúde dirigidos aos pobres era generalizada, e somente nos anos 60 a assistência pública engloba também as classes, média e alta do Canadá, pois se supunha que pudessem pagar os serviços médico-hospitalares no mercado aberto, inclusive sem seguro médico.

Os primeiros planos de seguro eram patrocinados pelo governo e dirigidos aos setores de menores salários; surgiram as sociedades de atendimento mútuo, entidades de previdência social e instituições similares, paralelas às medidas de governo ou complementares. Para os canadenses, a passagem do seguro médico privado ao seguro médico público, que foi observada em muitos países desenvolvidos, era um processo histórico inevitável, estivessem contra ou a favor da proposta (Anderson, 1992). O plano nacional de seguro hospitalar (Pinder, 1994) foi introduzido em 1958, e o programa nacional de cuidados médicos em 1968. O governo federal pagava 50% dos custos para cobrir os serviços médico-hospitalares sem limites e sem plano de contenção de custos.

Nos anos 70, duas abordagens da educação em saúde cristalizaram-se nos programas canadenses, uma com a atenção nos valores e atitudes dos indivíduos, e a segunda para o desenvolvimento de campanhas nacionais de larga escala. As abordagens psicológica e clínica propuseram estudos sobre a percepção da saúde e dessa forma como estas podem influenciar os comportamentos subsequentes. Em contraste, os trabalhos de ParticipAção Canadá focalizando na educação física, o programa do *Hole-in-the-Fence*, em 1973, buscando abreviar o uso de drogas, e o Diálogo sobre a Campanha de Bebidas, em 1976 (Canada[93] *apud* Badgley, 1994), foram sustentados por informação via *mass media.* A prioridade dada para esta proposição foi ressaltada em 1974 pelo *Jornal Verde Federal*, *A New Perspective on the Health of Canadians* (O'Neill & Pederson, 1994), que chamou a atenção para uma expansão de técnicas de *marketing* social na educação em saúde (Canada, 1974). O documento sublinhou uma estratégia para a promoção da saúde "dirigida a informar, influenciar e assistir, a ambos, indivíduos e organizações, de tal modo que eles aceitem mais responsabilidades e sejam mais ativos em matérias que afetem a saúde física e mental" (Canada[94] *apud* Badgley, 1994).

Este documento discutiu os determinantes da saúde, a natureza de seu campo e estratégias para melhorá-la e reduzir o adoecimento. Mais especificamente, o Relatório Lalonde argumentou que a assistência médica não foi o determinante mais significativo para a saúde (Hancock, 1986; Kickbusch, 1986; O'Neill & Pederson, 1994), fato reconhecido pelo então ministro da Saúde e Bem-Estar, Marc Lalonde. Sugeriu também que as grandes melhoras em saúde e no futuro viriam das mudanças nos estilos de vida e da qualidade do meio ambiente.

Promoção da saúde foi o termo usado para referir-se à estratégia de educação e comunicação de massa, para explicar às pessoas como seus estilos de vida os colocam sob risco de problemas de saúde pública. Ainda que o termo estivesse em circulação antes de 1974, esse relatório foi um dos primeiros documentos públicos a usá-lo (Pederson, 1989; O'Neill & Pederson, 1994). No entanto, a motivação para a publicação desse documento, deveu-se aos custos crescentes da assistência à saúde e à não correlação proporcional entre o aumento de gastos e a melhora da situação de saúde da população (Lalonde, 2002).

Muito foi cumprido pelo campo da promoção da saúde desde a publicação do *Jornal Verde* em 1974. Milhares de canadenses têm tomado parte em um

---

[93] Ver Canada (1978b).

[94] Ver Canada (1976).

inventário autoadministrado de seus estados de saúde; uma pesquisa nacional de saúde foi iniciada (e descontinuada em 1978); e o país organizou uma conferência internacional sobre o assunto, conforme discutido. Durante este período, *momentum* acelerado para a montagem de programas de treinamento acadêmico, um comitê de Promoção da Saúde federal/provincial buscou desenvolver o lado de pesquisa do campo, e séries de conferências federais/provinciais sobre educação em saúde foram convergentes para desenvolver diretrizes e identificar métodos de avaliação (Canada[95] *apud* Badgley, 1994).

No encontro de 1973, estas conferências endossaram uma definição do campo, defendendo uma revisão detalhada de pesquisa[96] a ser realizada para identificar 'os mais efetivos métodos de promoção da saúde', e recomendaram a elaboração de materiais de promoção da saúde. A reorganização federal, em 1978, do Departamento Nacional de Saúde e Bem-Estar designou uma Direção de Promoção e Prevenção cujos objetivos incluíram "o fortalecimento da pesquisa intra e extra-muros requerida para estabelecer a base científica para os programas bem como as estratégias apropriadas e técnicas a serem empregadas" (Badgley, 1994: 26).

O crescimento do campo pode ser comprovado em face da existência dos programas de promoção da saúde em todos os ministérios provinciais e do grande número de associações voluntárias de saúde que empregam esses especialistas. À educação em saúde foi designado um papel de defesa para alcançar tais objetivos, mas onde a regulação foi considerada inoportuna ou de impacto limitado, como na doença mental, planejamento familiar e educação física, as responsabilidades para o campo foram expandidas.

A experiência com a proposta de antitabagismo em Toronto, por meio de lei, ilustra o dilema entre o decreto e a coação de estatutos, como também o impacto que o estabelecimento de interesses, garantidos legalmente, pode ter neste assunto. Multas por violação dessa regulamentação foram cobradas em 1978 contra o Hospital Geral de Toronto, um grande centro universitário de ensino, e contra o Edifício Médico Ocidental de Toronto (Mahood[97] *apud* Badgley, 1994).

O crescente apoio do setor público para a promoção da saúde não vem sempre acompanhado de correspondente alocação de recursos para seus propósitos. No âmbito do governo federal, por exemplo, enquanto os fundos

[95] Ver Canada (1973).
[96] Ver Rootman e O'Neill (1994).
[97] Ver Mahood (1978).

designados para a disseminação de informação, publicidade e educação em saúde cresceram substancialmente entre 1929-1970, declinaram ao longo do tempo, em termos da proporção dos gastos gerais do departamento (Canada[98] *apud* Badgley, 1994). Em 1940-1941, 1,40% dos gastos em saúde foram feitos lado a lado, para promoção da saúde e publicidade. Esta proporção foi de 0,53% em 1955-1956; 0,30% em 1960-1961; 0,52% em 1965-1966; e 0,80% em 1970-1971. Incluindo o total de gastos do governo federal, a quantidade de fundos gasta em atividades designadas como promoção da saúde decresceu de 0,04% em 1970-1971 para 0,02 em 1975-1976.

A despeito do fato de que há, no Canadá, um grande número de estatutos de saúde que determinam normas a serem cumpridas e a existência de um considerável corpo legal que tem influência na saúde, não tem havido revisão de seus efeitos coletivos e acumulativos no que diz respeito à sua influência no comportamento de saúde, ou de sua utilidade comparativa relativa a outros meios usados no trabalho da promoção. Há uma vasta literatura sobre vários campos (Badgley, 1994) de pesquisa[99] que lidam com o comportamento humano e a organização social relacionada diretamente com o trabalho feito na promoção da saúde.

Para a maior parte dos países, as agências do governo têm adotado campanhas de larga escala, evitando os dilemas processuais e éticos envolvidos em investigações mais detalhadas, contando com iniciativas menores e mais diretas em comunidades locais, com modificação de comportamento. Tais campanhas têm se tornado uma característica estabilizada do trabalho recente da promoção da saúde no Canadá, e menos esforço tem sido focalizado sobre avaliações do que de fato pode ter sido alcançado.

A abordagem que pode ser chamada 'Modelo Comportamental de Saúde' (*Health Behaviour Model*) assume que são os atributos de indivíduos e a natureza de suas filiações a grupos e organizações que contam para diferentes padrões de comportamento de saúde. Essa abordagem tem sido popular no Canadá, mas tais estudos não explicam para que as mudanças ocorrem, apenas documentam a existência de diferentes resultados envolvendo um limitado número de variáveis associadas.

Outro estudo constatou que grupos com alta renda e pessoas com crenças religiosas fortes, em contraste com aqueles que não tinham esses atributos, foram mais positivos sobre a necessidade de exercício físico e

[98] Ver Canada (s.d.).
[99] Ver Rootman e O' Neill (1994) e também McQueen (1994).

mais negativos sobre tabagismo (Mackie[100] *apud* Badgley, 1994). Não foi analisado como o padrão de vida do pobre ou as crenças religiosas das pessoas não convertidas poderiam ser modificados para alterar o comportamento em saúde.

Na década de 1980, foram realizados cinquenta estudos sobre promoção da saúde no Canadá e estes variaram muito entre si. Poucas pessoas participaram, e diferentes métodos de pesquisa foram usados, o que permite apenas poucas generalizações sobre o curso geral ou sucesso dos programas de promoção da saúde. Algumas conclusões foram o que os efeitos a longo prazo destes programas poderiam ter sido ou até que ponto a mudança precedeu a intervenção foi usualmente desconhecido ou não documentado; alguns observadores concluíram que as taxas de mortalidade infantil e mortalidade materna foram substantivamente reduzidas após a introdução do seguro nacional hospitalar (Armstrong, 1975; Leclair, 1975; Badgley, 1994). A evidência aqui não é convincente. Enquanto melhoras significativas foram feitas nos 14 anos seguintes à inserção do programa, os ganhos foram maiores durante um período similar, antes de seu início. Considerável trabalho continua a ser feito para determinar quanto mais esforço será necessário para adquirirmos mudanças significativas e a que custo.

O papel federal tem primariamente lidado com o apoio a programas considerados relevantes aos interesses do bem-estar nacional e com o financiamento de iniciativas selecionadas de pesquisas. Com a exceção do documento de 1974, "Novas Perspectivas na Saúde dos Canadenses", não houve uma definição clara das prioridades nacionais para os serviços de saúde em geral e a promoção da saúde em particular. Este fato é evidente no foco de pesquisas que têm sido realizadas. Acidentes, por exemplo, responderam por 14,5% de mortes e 30,8% de anos potenciais de vida perdidos em 1974 (Canada[101] *apud* Badgley, 1994). Naquele ano, o documento federal sobre estilos de vida conclamou maior esforço para controlar o tabagismo e para limitar danos resultantes de acidentes de carro, no entanto menos de 2% dos estudos apoiados pelo âmbito federal abordaram tais assuntos (Canada[102] *apud* Badgley, 1994). O papel das indústrias responsáveis pela fabricação de produtos potencialmente danosos à saúde, como tabaco, álcool, entre outros, que influenciam o comportamento em saúde, não tem sido investigado, nem a extensão do quanto

---

[100] Ver Mackie (1975).

[101] Ver Canada (1976).

[102] Ver Canada (1978a).

podem constituir uma forte contrapartida de interesses garantidos legalmente nos esforços da promoção da saúde (Badgley, 1994).

A égide sob a qual a pesquisa em promoção da saúde é feita, quais temas são estudados e quais medidas de resultados são usadas levanta questões que requerem considerações críticas. A extensão com a qual as agências públicas são capazes de responsabilizar-se por avaliações imparciais e independentes da utilidade de seus próprios programas, particularmente quando muito está em jogo em termos dos recursos institucionais ou interesses profissionais, não tem sido considerada na pesquisa da promoção da saúde. É visível em outros estudos de organizações ou grupos que influências sem propósito podem limitar o escopo de uma investigação ou determinar os tipos de medidas usadas. Isso é feito mais comumente enfocando uma investigação sobre o papel dos recebedores, com insignificante atenção sendo dada para o impacto potencial de como os serviços são organizados ou providos (Badgley, 1994).

A pesquisa de promoção da saúde implica uma comparação discriminatória de programas para saber quais não alcançam seus objetivos. Para demonstrar isso, se requer coragem e independência institucional que podem ser difíceis de conseguir. Em face de tal dilema, ou temas periféricos podem ser escolhidos para a investigação ou medidas de avaliação usadas têm limitado a validade de longo prazo (Badgley, 1994).

Os elementos que seguem são importantes para um conceito canadense de promoção da saúde (Rootman & Raeburn, 1994):

1. Há um forte elemento social, comunitário e de autoconfiança, dado que o modelo global de promoção da saúde está centrado em torno de conceitos de autoajuda, ajuda mútua e participação cidadã.
2. A história da promoção da saúde no Canadá tem início a partir da publicação do Relatório Lalonde, assim há reflexos de estilo de vida e comportamento. Entretanto esta ênfase tem, nos tempos mais recentes, sido equilibrada pela influência do modelo social da Carta de Ottawa.
3. A promoção da saúde canadense é muldimensional, envolvendo os componentes subjetivos e objetivos; os individuais e os de meio ambiente; os da política pública, incluindo os aspectos humanísticos e estatísticos, e os aspectos qualitativos e quantitativos do ponto de vista da pesquisa.
4. As publicações relacionadas à promoção da saúde que vêm de todo o Canadá refletem um tom comum, mas também revelam a considerável diversidade advinda das diferentes regiões e grupos populacionais: oeste e leste; francês

e inglês, urbano e rural; indígena e não-indígena, entre outros. Portanto, a promoção da saúde tem um aspecto cultural e equitativo e reconhece a contribuição significativa dos diversos grupos e comunidades que constituem o Canadá.

5. Prioridades na promoção da saúde têm frequentemente sido focalizadas sobre setores da população, como os idosos, mulheres, os incapacitados, as crianças e outros. Em cada caso, uma contrapartida tem sido o poder da população *vis-à-vis* o resto da sociedade. Portanto, há um forte elemento implícito de *empowerment* na promoção da saúde.
6. Um maior centro filosófico da promoção da saúde tem sido Ottawa, e a visão a partir de lá não é somente da diversidade e equidade através do país, mas de compromissos intersetoriais, envolvendo moradia, saúde mental, educação, políticas antidrogas, entre outros.
7. Relativamente poucos médicos trabalham na promoção da saúde, ou têm sido influenciados em seu desenvolvimento conceitual no Canadá. Então, o conceito de promoção da saúde tem um tom fortemente não-médico, o qual tende a removê-lo de sua estreita dimensão conceitual.
8. Por causa de tantos aspectos e dimensões estarem envolvidos com a promoção da saúde, o conceito de qualidade de vida é crescentemente invocado. Este amplo conceito abrange os objetivos positivos da promoção da saúde, em comparação com os objetivos estreitos de estatísticas percebidas no caso dos componentes do campo da saúde. Ele também inclui uma visão da saúde em termos de seus determinantes como também de seu produto final.
9. A saúde como percebida no contexto da promoção da saúde no Canadá refere-se à qualidade de vida física, mental e social das pessoas, determinada pelas dimensões psicológicas, sociais, culturais e políticas.

A promoção da saúde é mais um espaço cultural (Labonté, 1994), um novo desafio do conhecimento, e sua cronologia no Canadá foi a que segue:

• O 'Relatório Lalonde', 1974, que instituiu o *marketing* social dos estilos de vida. Esta abordagem para a promoção da saúde essencialmente se estendeu aos programas comportamentais de educação à saúde, que se originaram nos programas das escolas de saúde, dentro da educação à saúde popular via mídia de massa. Foi muito criticado por atribuir culpa à vítima (*victim blaming*). Constituiu uma resposta a três crises que caracterizavam o sistema de atenção à saúde à época: a intervenção médica ultrapassara sua margem de utilidade na produção da saúde da população. O crescimento nos gastos com as doenças

não corresponderam a ganhos na expectativa de vida; muitas intervenções eram cientificamente não comprovadas e/ou iatrogênicas; e a mudança dos gastos com doenças para outros programas ou áreas de políticas públicas (como educação em saúde, proteção ambiental, manutenção de renda, entre outros) renderia, proporcionalmente, maiores ganhos para a saúde da população.

Sob outra vertente de análise, o Relatório foi uma retirada da responsabilidade, pela escalada dos custos de cuidados à saúde, dos provedores de serviços (hospitais e doutores) e seus corretores (o Estado) de seguro para indivíduos e seus estilos de vida insalubres (Labonté & Penfold, 1981a, 1981b; Vayda, 1977; Labonté, 1994). Não há nada neutro no que diz respeito à promoção da saúde, ela é sobre o poder: quem o tem, quem não o tem, como aquele poder foi reforçado em certas ideologias, incluindo crenças de saúde, e como podem ser mudadas.

• A 'Conferência de Mudança do Paradigma Médico', que ocorreu em 1980 e que aumentou a crítica canadense aos estilos de vida. Duas perspectivas opostas emergiram desta conferência, uma enfatizando a autorresponsabilidade sobre a saúde, a outra reivindicando que saúde é primariamente fundamentada nas estruturas sociais e em suas condições. Esta conferência foi importante para legitimar os movimentos alternativos de saúde, suas ênfases em diferentes modalidades de cura, espiritualidade, e o papel dos indivíduos em mover-se do estado de mal-estar para o de bem-estar. Introduziu o paradigma do bem-estar no qual as experiências das pessoas são mais significativas que as estruturas dos diagnósticos médicos. Além disso, os estilos de vida pessoais não foram livremente determinados por escolhas individuais, mas existentes dentro das estruturas sociais e culturais que condicionaram e constrangeram comportamentos.

• Além da 'Conferência de Atenção à Saúde', em 1984. A política da promoção da saúde torna-se prioritária. Uma promoção da saúde politizada inclui o desenvolvimento comunitário e o *empowerment* das próprias pessoas e das organizações do Estado em relação a elas. Nessa conferência, duas das muitas ideias discutidas neste 'tanque' internacional de cérebros, tornaram-se sinônimas da 'nova' promoção da saúde: políticas públicas saudáveis e cidades e/ou comunidades saudáveis. Ambas as ideias geraram considerável discussão acadêmica e profissional, muitas das quais ignorando sua essência, que é uma nova linguagem a partir da qual a análise estruturalista politizada da promoção da saúde e os determinantes de saúde podem adentrar no debate político burocrático dominante, possibilitando, dessa forma, a participação

cidadã e o planejamento e desenvolvimento de políticas públicas no nível local (Labonté, 1994).

• A 'Carta e a Estrutura', em 1986. A promoção da saúde política tornou-se a corrente principal. Tanto a Carta de Ottawa como a Estrutura são conhecidas internacional e nacionalmente pelos promotores da saúde (Kickbusch, 1994). Tornaram-se 'os gritos ouvidos' ao redor do mundo, muito mais do que os promotores de saúde pensariam. A busca por identificação de estratégias para o *empowerment* comunitário levou-os a encontrar, em 1988, a educação popular de Paulo Freire, propondo um método para desenvolver o crescimento da consciência crítica. O desenvolvimento comunitário de 1989, o *empowerment* em 1990 e a autoestima em 1991 (Labonté, 1994) fizeram com que as estruturas organizacionais adotassem a retórica dos que as criticavam, usando palavras como equidade, justiça social e *empowerment.* Posteriormente, esta discussão levou a uma série de conflitos estruturais, contradições e tensões. São cinco as estratégias propostas: criar ambientes sustentáveis, desenvolver habilidades pessoais, reorientar serviços de saúde, construir políticas públicas saudáveis e fortalecer a ação comunitária.

• A 'proposta de Saúde da População' (Raphael & Bryant, 2002) surge em 1990, com a publicação do documento 'Social science and medicine, producing health, consuming health care', de Evans e Stoddart, em 1990. Esta proposta é a adotada pelo governo federal, e são propostos dez determinantes de saúde a serem trabalhados: renda e *status* social; redes de suporte social; educação; emprego e condições de trabalho; contribuição da biologia e da genética; práticas pessoais de saúde e manejo de habilidades; desenvolvimento das crianças e dos serviços de saúde (Raphael & Bryant, 2002).

O Canadian Institute for Advanced Research (Ciar), Instituto Canadense para Pesquisas Avançadas, considera que a proposta de saúde da população (O'Neill, Pederson & Rootman, 2000; Coburn *et al.*, 2003) apresenta um arcabouço conceitual para pensar saúde; um método de decisão baseado em evidência; um arcabouço para a ação, sendo uma abordagem que requer colaboração entre os setores para a ação efetiva. A epidemiologia utilizada é a quantitativa, como uma disciplina empírica, de abordagem positivista. Nesse sentido, os princípios determinantes da saúde são: a importância relativa da genética, o estilo de vida e os fatores estruturais, englobando conceitos biomédicos.

O Canadian Institute for Health Information (CIHI), criado em 1993, foi e é uma instituição independente, não lucrativa, que tem o mandato de coordenar o desenvolvimento e a manutenção de um sistema nacional inte-

grado de informações de saúde, além de coletar dados sobre serviços, recursos humanos e gastos em saúde. O sistema preocupa-se com o desenvolvimento de padrões em nível nacional em associação com duas outras instituições: o Health Canada, responsável pela área de vigilância, e o Statistics Canada, que responde pelas estatísticas vitais, pelo inquérito nacional de saúde, registro de câncer e outras pesquisas geradoras de informação sobre estado de saúde e determinantes de saúde (Zelmer, Virani & Alvarez[103] *apud* Viacava, 2002). O National Population Health Survey (NPHS), cujos dados foram coletados no biênio 1994-1995 e posteriormente em 1998-1999, é um inquérito que, com uma amostra longitudinal, vai a campo a cada dois anos, cobrindo cerca de 17 mil domicílios. Além desse inquérito de abrangência nacional, existem também diversas iniciativas desenvolvidas em nível das províncias (Canadá/CIHI, 2001).

Há uma crescente aceitação de uma estrutura de ação baseada na *advocacy* que explicitamente reconhece que grupos comunitários prioritários são aqueles cujas rendas, nível educacional, oportunidades ocupacionais e posicionamento geral de classe social os colocam abaixo na hierarquia do poder econômico e político (Canada/City of Toronto, 1991; Watt & Rodmell, 1988; Labonté, 1994). Argumentar é fácil, difícil é agir sobre isso. Os recursos disponíveis para trabalhos comunitários[104] também têm declinado em todos os setores, assim persiste a discussão sobre que grupos devem ser escolhidos, que critérios devem ser usados e como se deve atuar em uma era de predomínio do mercado e de conservadorismo político.

Apesar de o Canadá ter iniciado a mobilização em prol da promoção da saúde (Terris, 1996) com foco na diminuição dos gastos do setor, certamente havia uma preocupação com os fatores sociais, no entanto, esta apropriação não traz em si a carga política desses fatores, considerando que são denominadas causas gerais, o que não deixa de esvaziar, de certa forma, o comprometimento governamental com estes determinantes de saúde.

No Canadá (Carvalho, 2005), apesar dos discursos oficiais que apoiam a promoção da saúde, a força motriz da reforma sanitária continua a ser a da

[103] Ver Zelmer, Virani e Alvarez (1999).

[104] Manson-Singer (1994). O Ato de Restrição de Despesas do Governo, de 1991, diminuiu o repasse federal para as províncias e demandou que elas encontrassem novas fontes de recursos através do aumento de impostos ou cortando gastos. Soluções alternativas que envolviam municípios e cidadãos em programas de autoajuda e ajuda mútua ajudaram a resolver problemas locais. Em consequência disso alguns viram as 'Cidades Saudáveis' como um indicador de uma agenda neoinstitucionalista. Ver também Hoffman (1994).

redução de custos, conforme já verificado por Terris (1996). Isso tem levado ao fechamento de leitos hospitalares e à diminuição relativa da mão-de-obra em saúde. Não está claro que esta economia esteja sendo redirecionada para programas comunitários de saúde.

Outra ambiguidade observável é a que se manifesta na distância entre os enunciados da promoção da saúde, que destacam o papel dos fatores sociais e ambientais na determinação da saúde, e parte das estratégias da nova promoção da saúde,[105] que priorizam a intervenção sobre a 'doença ou fatores biológicos e comportamentais' (Baum & Saunders, 1995; Carvalho, 2005). Apesar disso, este ideário sintetiza parte importante dos projetos igualitários e democráticos em saúde no Canadá.

Por aproximadamente duas décadas, o Canadá comemorou e em grande medida ganhou a reputação de ser o país que introduziu a promoção da saúde e ajudou a conformá-la numa escala global (Kickbusch, 1989; Pinder, 1994). Durante este período, o governo federal teve um papel central (Pinder, 1994). Internacionalmente, foi aplaudido como o responsável pela publicação de documentos fundamentais para quebrar o paradigma anterior, o flexeneriano.

Nacionalmente, a resposta para o papel federal da promoção da saúde foi mista: o governo foi elogiado em alguns locais e criticado em outros. Os detratores dizem que os desafios têm sido enfrentados sem mudanças na política pública e na alocação de recursos (Pinder, 1994). Outros têm se impressionado com a liderança conceitual dada pelo governo federal, e estão mais conscientes das dificuldades para segui-la (Last, 1986; Pinder, 1994). O fato é que o cenário do governo federal é complexo para se introduzir e programar novas ideias (Pinder, 1994). Para que se consiga, requer uma compreensão do processo político e burocrático e um conhecimento do que pode e do que não pode ser feito num sistema federal de governo.

Além disso, as mudanças radicais de conceitos e definições que a promoção da saúde assumiu num tempo relativamente curto não tem tornado fácil o papel do nível federal. Em contrapartida, a promoção da saúde, como a maioria das inovações, tem refletido o compromisso e as habilidades dos atores sociais e os tempos nos quais eles vivem. De todo modo, o governo federal tem desenvolvido um papel fundamental no desenvolvimento da promoção da saúde no Canadá e nos outros lugares apoiados pelo país (Pinder, 1994).

---

[105] Após a crítica à ênfase em estilos de vida, surge a 'nova saúde pública', com valores de participação, capacitação, *empowerment*, equidade, justiça social e *advocacy*.

Não há propriamente uma política declarada pelo governo federal sobre a promoção da saúde conforme mencionado, no entanto, uma ampla rede está lançada, e o governo federal adotou uma vigorosa abordagem para a política da promoção da saúde (O'Neill & Pederson, 1992; Pinder, 1994). O problema é que esta ausência de declaração explícita de uma política para a promoção da saúde a torna vulnerável à hierarquia política e burocrática que estiver no poder.

Parte da resposta pode ser encontrada em tentar lutar contra o fracasso do governo federal para liderar o desenvolvimento de uma estratégia global de saúde que inclui objetivos de saúde. Objetivos nacionais de saúde derivados de noções contemporâneas do que cria saúde, poriam a atenção à saúde em perspectiva e demandariam uma política pública de promoção da saúde abrangente e de longo alcance. A relutância do governo federal pode também refletir as limitações do seu mandato em saúde, das relações federal/provincial e de sua preocupação prioritária com os custos de saúde (Pinder, 1994).

A base estatutária para a responsabilidade federal na promoção da saúde está no Departamento de Saúde Nacional e no Ato de Bem-Estar, de 1944, cujos deveres e funções do ministro incluem todas as "matérias relacionadas à promoção ou preservação da saúde (...) do povo do Canadá (...)". Entretanto, no Ato da América do Norte Britânica, de 1867, estão fixados os limites constitucionais do poder federal, atribuindo a responsabilidade por saúde e bem-estar social para as províncias e municipalidades. Ao mesmo tempo, o Ato não provê recursos, mas deu ao governo federal poderes para criar taxação. O resultado deste dilema constitucional é que os governos, federal e provincial, gastam muita energia e esforço para construir acordos quanto ao uso do poder de gasto do governo federal (Charles & Badgley, 1987; Pinder, 1994) e que a influência federal pode diminuir quando as transferências para pagamentos estão reduzidas.

A cooperação entre os âmbitos federal e provincial é difícil de ser obtida, e algumas vezes não se obtém de nenhum modo, a despeito de uma variedade de mecanismos. A reputação do Canadá por estar na liderança tem diminuído devido à ausência de uma estratégia global de saúde e, em particular, de objetivos nacionais.

O declínio econômico e as mudanças na ideologia estabeleceram como prioridades a política fiscal e o controle do déficit público. Amplas respostas políticas aos assuntos sociais e de saúde não são, com poucas exceções, as opções dos governantes. Em vez disso, há iniciativas de curto tempo, de pequena escala (Splane[106] *apud* Pinder, 1994). Assuntos específicos, como

[106] Ver Splane (s.d.).

drogas, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e violência familiar, dominam a agenda de política social junto com a reforma da atenção à saúde. A reforma da atenção à saúde não pode somente controlar a agenda de política pública para uns poucos anos vindouros, mas poderia, ao fazer isso, desenhar a promoção da saúde dentro de sua órbita, primeiro por tirar recursos escassos, e segundo por fazer a promoção da saúde uma função da contenção de custos (Pinder, 1994).

Dado que a atenção à saúde é vista pelos canadenses como um direito fundamental de cidadania, interromper esta confiança através da redução do acesso ou serviço para a atenção à saúde é considerado um suicídio político (Manson-Singer, 1994). Em termos de desenvolver uma política pública saudável (Hancock, 1994), não tem havido progresso, seja qual for, no âmbito federal, nem tem havido nenhuma indicação de qualquer interesse particular ou vontade de agir.

Trabalho real não foi desenvolvido para acompanhar a revisão da política pública saudável comissionada pelo Ministério de Saúde e Bem-Estar do Canadá (Pederson *et al.*, 1988; Hancock, 1994). Isso é o resultado de um governo conservador indiferente, e ainda que a retórica seja útil requer vontade e ação política para fazer mudanças. Ela é não existente no nível federal, desenvolvendo-se lentamente no nível provincial e aparentemente com desenvolvimento rápido no nível local (Hancock, 1994).

A OMC, segundo Navarro (2004), é de fato responsável pela disseminação global das ideias neoliberais que minam o Programa Canadense de Saúde. Mesmo que o governo canadense tenha tomado a decisão de não liberalizar a provisão de serviços de saúde, o seguro saúde não está coberto por este comunicado, então o Programa de Saúde Canadense não está totalmente protegido. As companhias de seguro privado no Canadá, há tempos, viabilizam seguros para serviços julgados não necessários pelo setor público, do ponto de vista médico, e desejam sua fatia de mercado.

A realidade é que as companhias privadas de seguro saúde estão comercializando enfaticamente para os segmentos ricos da população que percebem não precisar contar com programas de saúde das províncias, deste modo debilitando o suporte para tais programas públicos. Também a liberalização dos provedores de atenção especializada facilita a subcontratação de provedores privados.

Ao invés de investir no setor público, os governos provinciais estão subcontratando o setor privado, o que debilita os programas públicos de atenção à saúde. Um Acordo Geral de Comércio e Serviços (GATTS) revisado poderia de

fato estender a pressão sobre o Canadá para desmantelar seu sistema de seguro de saúde pública, mas a divulgação atual de ideias neoliberais pela OMC já está enfraquecendo os modelos de seguro de saúde públicos (Navarro, 2004).

O Canadá desenvolve muitos programas específicos em relação à promoção da saúde – controle do alcoolismo, do tabagismo; uso de drogas; nutrição e segurança –, atuando sobre grupos etários da população, como crianças, jovens, mulheres e idosos, localizando-os de modo definido, em residências, escolas, locais de trabalho e comunidade. A literatura apresenta, em abundância, avaliações desses tipos de programas nacionais.

As lições aprendidas foram: desenhar, implantar e implementar uma abordagem avaliativa com a participação de todos os atores sociais envolvidos com a promoção da saúde; a teoria e as ferramentas usadas para a avaliação devem ser do domínio de todos os envolvidos com as ações; trabalhar em sistemas de cooperação entre os diferentes atores sociais; planejar as ações a serem realizadas e desenhar sistemas de avaliação correspondentes; desenhar sistema de divulgação dos resultados averiguados; intercâmbio de conhecimentos entre todos os atores envolvidos, em relação a planos específicos de ações; elaborar relatórios de gestão; estabelecer processos de discussão de casos relevantes ao aprimoramento do conhecimento e divulgá-los; e estabelecer critérios qualitativos.

Os sucessivos governos canadenses, sob diferentes partidos políticos (O'Neill, Rootman & Pederson, 1994), após o Relatório Lalonde, não realizaram completamente o potencial dos discursos sobre promoção da saúde que eles estiveram sustentando e disseminando. A liderança do Canadá foi sentida mais fora do país do que dentro dele, no entanto, o governo federal estimulou e apoiou muitas das atividades realizadas nas províncias e territórios, e os escritórios regionais da Direção da Promoção da Saúde do Ministério de Saúde e Bem-Estar desempenharam um importante papel.

No entanto, é também claro, que após a Carta de Ottawa, a liderança federal vem constantemente declinando. As razões mais importantes são, provavelmente, crises fiscais e políticas que têm resultado em perda de confiança dos canadenses nas instituições nacionais e em necessidade de cortar gastos a qualquer preço, deixando pouco espaço para iniciativas como a promoção da saúde.

Ao revistar o *New Perspectives* 28 anos depois, Lalonde (2002: 151) afirma: "é importante reafirmar a validade fundamental do conceito de campo de saúde e a inter-relação entre seus quatro componentes: biologia humana; meio

ambiente; estilos de vida e organização dos serviços de saúde". Ainda que concebido em um contexto de um país economicamente avançado, a força e o apelo do conceito de 'campo de saúde' são de aplicação universal. Os planos específicos de ação necessitariam, obviamente, refletir as condições locais, mas as estratégias gerais são aptas para aplicação em países em desenvolvimento, tanto quanto nos desenvolvidos. *New Perspectives* não pode ser liberado como um documento de interesse apenas dos países ricos. E continua:

> Se nós realmente queremos melhorar a saúde de nossos cidadãos, nós não podemos nos concentrar somente na organização dos serviços de saúde. Infelizmente, o impacto desses três primeiros elementos do conceito de campo de saúde é muito mais difuso e é geral, mas nem sempre, executado no médio e longo prazo. Em comparação, as inadequações do sistema de saúde são imediatamente visíveis e compreensíveis pela mídia e pelo público em geral. A falta de profissionais de saúde, de instalações adequadas ou de equipamentos apropriados, o custo de prescrição de drogas ou mesmo algumas anedotas catastróficas no sistema de saúde, fazem mais e melhores diretrizes que o impacto negativo da má nutrição, habitação ruim, pobreza, poluição do ar ou estradas ruins e alcoolismo no trânsito – a lista poderia continuar aumentando facilmente... Ainda é muito justo discutir que ações sobre alguns destes fatores mencionados podem ser muito mais custo-efetivas que fundos adicionais para o cuidado da saúde por si mesmo. (Lalonde, 2002: 151)

Resultados da Comparação Propriamente Dita

As discussões apresentadas sobre o Brasil e o Canadá permitem analisar as variáveis mencionadas, bem como os componentes conceituais da promoção da saúde; os quadros-síntese comparativos serão apresentados a seguir para a imediata visualização sobre os dois países.

Vale ressaltar, como um exemplo bem-sucedido da intersetorialidade no Brasil (Risi, 2002), a partir do Ministério da Saúde e da Opas, a experiência recente com a atuação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), que desde 1996 mostra ser possível organizar um processo de articulação intersetorial. A rede é configurada por aproximadamente 15 importantes instituições com atuação nacional significativa na produção, análise e disseminação de informações de interesse para a saúde e que participam de instâncias colegiadas de caráter técnico e/ou deliberativo. Através da rede, cerca de cem indicadores básicos para a análise das condições de saúde foram

adotados consensualmente e qualificados quanto aos conceitos, interpretação, usos, limitações, fontes de dados, método de cálculo e categorias de análise.

O primeiro quadro (Quadro 1), refere-se às variáveis consideradas para o estudo: formas de gestão, intersetorialidade, qualidade de vida e participação social. Ao considerar as definições apresentadas, deve-se ressaltar que em relação à qualidade de vida não há informações suficientes para a composição empírica do conceito enunciado e aqui utilizado. Nessa perspectiva, apresentam-se tão-somente os aspectos relacionados à consideração do estado de saúde.

Para expressar a qualidade de vida no Quadro 1, esta estrutura-se em duas análises: a primeira, a da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (Pnad), realizada em 1998, que encontrou 79,1% da população brasileira avaliando sua saúde como boa/muito boa. Em termos das variações regionais, tem-se 74,4% na região Norte a 81,4% na região Sudeste, significando que "entre 20 a 25% da população brasileira está insatisfeita com seu estado de saúde, ou seja, entre 33 e 42 milhões de pessoas, aproximadamente, apresentam, segundo a própria percepção, algum problema de saúde" (Rocha, 2001: 9). Tal descoberta levou os autores da pesquisa a afirmarem que

> as aspirações individuais e coletivas de viver mais, com a melhor qualidade de vida possível e, ao mesmo tempo, desfrutar do sentimento de segurança quanto à possibilidade de acesso aos serviços de saúde sempre que necessário, estão entre os valores mais cultuados na sociedade brasileira. (Viana *et al.*[107] *apud* Rocha, 2001: 8)

Nesse contexto, está-se incorporando a autoavaliação sobre o estado de saúde da população no Brasil.

A segunda análise, sobre a qualidade de vida em relação ao Canadá, apoia-se nos indicadores da situação de saúde dos canadenses que apresentam elevada qualidade de vida em termos de saúde, segundo Sérgio Resende Carvalho (2005), exceção apresentada pelos grupos populacionais em condições precárias de vida (Badgley, 1994).

O Quadro 2 apresenta componentes importantes do conceito de promoção da saúde nos dois países.

[107] Ver Viana *et al.* (2001).

Quadro 1 – Síntese da comparação das variáveis analisadas. Brasil e Canadá

VARIÁVEIS	FORMAS DE GESTÃO	INTERSETORIALIDADE	QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE	PARTICIPAÇAO SOCIAL
BRASIL	Descentralização Incompleta: As normas e recursos da saúde estão concentrados no âmbito federal.	Incipiente: Não há demandas do Ministério da Saúde para outros setores de forma sistematizada. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) Educação em saúde Projeto de ação intersetorial para a saúde*	De acordo com a *Pesquisa Pnad* de 1998, os brasileiros consideram que gozam de boa saúde. (Vianna *et al. apud* Rocha, 2001)	Institucionalizada através dos conselhos de saúde, municipais, estaduais e nacional. Participação regulada pelo Executivo correspondente. ONGs que dependem do financiamento do Ministério da Saúde
CANADÁ	Descentralização: desde o início da Confederação em 1867, a saúde é responsabilidade das províncias e territórios.	Incipiente: Movimento de comunidades para a saúde de Québec. Projetos de comunidades saudáveis nas províncias e territórios.	Pelos indicadores de saúde canadenses, eles têm alta qualidade de vida, apesar da discrepância em alguns grupos populacionais.	Desde o século XIX que o governo atua com a sociedade civil. Participação cidadã.

Fonte: Documentos referidos nas análises dos dois países apresentadas neste capítulo.
* Este projeto (Zancan & Adesse, 2004), iniciado somente em 2006, é uma cooperação entre a Associação Canadense de Saúde Pública (CHPA), a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz/MS) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), com o objetivo de intercambiar conhecimento e experiência. Participam as cidades de Campinas, Curitiba, Itambé, Sobral e Goiânia, além da experiência da Ensp, em Manguinhos, configurando iniciativas inovadoras de desenvolvimento local com protagonismo do setor saúde; têm forte vínculo com a comunidade; exercitam a colaboração técnica entre academia e serviços e têm condições de intercâmbio com outras cidades.

Quadro 2 – Síntese da comparação da apropriação dos componentes conceituais da promoção da saúde. Brasil e Canadá.

PAÍSES VARIÁVEIS	BRASIL	CANADÁ
Acesso à Saúde	Universal no SUS Seguro Saúde privado para 25% da população. Medicina de ponta em hospitais públicos para pessoas influentes e ou fila para as demais. Programas verticais de controle de doenças transmissíveis e não-transmissíveis. Programa de Saúde da Família desde 1993, inicialmente com os agentes comunitários de saúde, posteriormente centrado na equipe de saúde.	Atenção médica universal, sem restrição, atualmente em crise pela restrição de financiamento. Programas verticais de controle de doenças transmissíveis e não-transmissíveis. Programa de Saúde da Família desde 1960, inicialmente com agentes de saúde liderados por médicos. A orientação deste programa é centrada no médico generalista e não na equipe de saúde.
Ambiente saudável	Projetos de municípios saudáveis Projetos de escolas saudáveis Projetos de indústrias saudáveis	Projeto de municípios saudáveis em muitas cidades, no entanto, a população não tem aceitado a perda dos direitos anteriores e há resistência às propostas da promoção da saúde. Por parte dos médicos há também rejeição à proposta.
Redes sociais	Alguns municípios e universidades participam da rede de municípios saudáveis e de escolas saudáveis.	Nos projetos de comunidades saudáveis das Províncias e Territórios.
Estilos saudáveis	Programas pontuais, como controle do alcoolismo, tabagismo, antidrogas.	Programas pontuais como controle de alcoolismo, tabagismo, antidrogas, para adolescentes, violência, cuidados com o corpo, entre outros.
Difusão informação	Pontuais em função de propagandas governamentais para controle de doenças.	Tradição desde o início do século XX em oferecer palestras públicas, jornais, informações sobre saúde.
Política pública	Assinada a portaria para a promoção da saúde somente em 2006 como política oficial de governo. A proposta do SUS é considerada como de promoção da saúde. Predomínio do modelo biomédico-flexeneriano na organização dos serviços de saúde.	Inexistência de uma política pública específica para a promoção da saúde. Alguns documentos direcionam as propostas. Predomínio do modelo biomédico/flexeneriano em sua organização de serviços de saúde.
Profissionais de Saúde	Trabalho de saúde centrado no médico; não há equipes produtoras de saúde em atuação, em alguns locais funcionam via Saúde da Família.	Trabalho de saúde centrado no modelo biomédico. Na medicina da família há o médico generalista.
Pesquisa	A maioria das pesquisas está na área médica.	A maioria das pesquisas está na área médica.

Fonte: Documentos referidos nas análises dos dois países apresentadas neste capítulo.

As discussões contidas neste capítulo sobre o Brasil e o Canadá, respectivamente, e sintetizadas nos Quadros 1 e 2, explicitam que a promoção da saúde não se consolidou nem no Brasil, nem no Canadá. Nesse sentido, o paradigma flexeneriano, dominante no campo da medicina científica e na saúde pública, conforme visto, persiste predominando na atenção à saúde dos dois países. Em relação ao novo paradigma, embasado na proposta de qualidade de vida, ainda é um processo incipiente em construção. Como ressaltado anteriormente, este paradigma inclui o flexeneriano, redimensionando-o, haja vista não ser possível prescindir dos cuidados físicos quando necessários.

Os avanços em alguns casos de municípios saudáveis no Brasil e de outros tantos municípios no Canadá não estão diretamente relacionados ao Ministério da Saúde no Brasil e ao Ministério da Saúde e Bem-Estar do Canadá, razão pela qual estão apenas sinalizados e não são discutidos nesta abordagem, pela delimitação escolhida para seu escopo ser o âmbito governamental federal.

4
Estado da Arte da Promoção da Saúde em Países Desenvolvidos

A incorporação da promoção da saúde, na maioria dos países, deu-se por meio da chamada 'medicina da família', com o médico generalista sendo o principal ator social e não necessariamente com equipes produtoras de saúde, por um lado. Por outro, deu-se também a partir do estabelecimento de projetos de municípios saudáveis, comunidades saudáveis, considerados *loci* prioritários para sua concretização.

Os países desenvolvidos, como discutido anteriormente, foram os pioneiros na implantação da promoção da saúde, iniciando suas reformas em função do aumento crescente nos custos da atenção à saúde em todo o mundo, como resultado do avanço da medicina com suas tecnologias correspondentes; do envelhecimento da população e da mudança nos padrões de morbidade, entre eles; e do surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida).

Descrever aspectos da experiência da promoção da saúde, nos países desenvolvidos selecionados, em processo de reforma de seus sistemas de saúde, torna-se fundamental, posto que, pelo menos aparentemente, não deveriam necessitar de mudanças por serem estes bem estruturados. Nesse sentido, verifica-se a implementação da 'atenção primária à saúde' (APS), por meio do Programa de Saúde da Família (PSF). Demonstra-se, por meio da análise de pesquisas escolhidas, que, apesar das deliberações governamentais serem favoráveis, essas apropriações ainda não transformaram as práticas de atenção à saúde oferecidas à população, sendo estas nitidamente voltadas à prática do modelo biomédico, flexeneriano, o que indica ainda haver necessidade de muito esforço para que as mudanças propostas possam ser concretizadas.

Verifica-se também que os processos de reforma da saúde, com base em 'APS'/'promoção da saúde', em países em desenvolvimento, como a China,

a Índia, o México, entre outros, citados em importante publicação da Oxford University,[108] juntamente a pesquisas em países desenvolvidos, como Japão e Estados Unidos, apresentam quadros semelhantes aos das pesquisas a seguir apresentadas, exceto por não compararem os países entre si.

Apresentam-se a seguir, pesquisas realizadas que conformam um quadro da situação da APS, 'medicina da família' concretizando a 'promoção da saúde' na prática.

As pesquisas realizadas sobre medicina da família/médicos generalistas na *PubMed/Medline*, importante banco bibliográfico na área da saúde, constituem indicadores da importância dada ao tema no âmbito acadêmico.

Como verificado, as orientações dessas reformas foram para o mercado, seguindo o modelo neoliberal de Estado. Verificou-se também que a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, que produziu a Carta de Ottawa, recupera a APS, e, dessa feita, a promoção da saúde implicaria necessariamente sua utilização nos sistemas de saúde dos países. De acordo com Barbara Starfield (2002a),[109] não se sabe ao certo o quanto as reformas contribuíram com a APS, somente algumas delas a incluíram especificamente. Ainda que filosoficamente as estruturas dos sistemas nacionais de saúde vigentes não tenham sido afetadas, pode ser que em relação às políticas específicas relacionadas aos objetivos da APS tenha havido dificuldades.

Por exemplo, a imposição de copagamentos pode afetar a atenção de primeiro contato com os médicos da promoção da saúde, particularmente se as reformas não introduzirem a proposta de 'porta de entrada' ao sistema de saúde. A introdução de atendimento médico em grupos, em vez de individuais, pode interferir na relação médico-paciente; o planejamento e a organização dos serviços, integrando o nível primário com o secundário e terciário, "podem alterar a integralidade dos serviços oferecidos pelos profissionais de atenção primária e mudar a natureza da coordenação da atenção de formas imprevistas" (Starfield, 2002b: 565-566). Nesse sentido, é importante conhecer os estudos apresentados a seguir.

---

[108] Ver Evans *et al.* (2001). *Challenging Inequities in Health. From Ethics to Action*.

[109] Chama-se a atenção para o trabalho de compilação/pesquisa de Bárbara Starfield em relação à APS, base concreta da implantação da promoção da saúde nos países, notadamente, nos desenvolvidos; tendo originado uma publicação com uma ampla discussão sobre o tema, além da apresentação de pesquisas com comparações entre os países desenvolvidos, em seus movimentos de reforma da atenção à saúde, o que não foi apresentado por nenhum outro autor, pelo menos até julho de 2006. Esta assertiva fundamenta-se em intensa revisão bibliográfica sobre o tema-objeto desse livro, em todos os bancos de dados disponibilizados na área da saúde, razão que explica a abundância de citações da autora. A pesquisadora é reconhecida internacionalmente nas áreas de APS, qualidade da atenção, equidade, mensuração de situação de saúde e atenção à saúde de uma maneira geral.

Estado da Arte da Pesquisa sobre a Disciplina Medicina da Família

Estudo realizado (Mendis & Solangaarachchi, 2005) para obter uma visão da pesquisa sobre a disciplina 'medicina da família' ou prática dos médicos generalistas, analisando as citações da *PubMed*[110] de 1960 a 2003, verificou que foram realizadas 50.288 citações a partir de oitenta países. Destas, 33.712 (67%) citações foram de 15 jornais sobre práticas da Medicina da Família/generalista. Os cinco países que apresentaram mais citações foram: 18.760 do Reino Unido; 13.584 dos Estados Unidos da América do Norte; 3.262 da Austrália; 1.848 do Canadá; 1.340 da Alemanha Ocidental; outros 22 países tiveram menos que cinco citações.

Os cinco autores mais citados foram: Wheel, C. van. com 118; Geyman J. P. com 116; Olesen, F. com 87; Jones. R. com 83; e Knottnerus J. A. com 82, seguidos de 921 autores que tiveram mais de dez citações; a vasta maioria de autores teve apenas uma citação. Cartas com 5.121; revisão com 2.715; editorial com 2.259; experiências randomizadas controladas com 1.585; e metanálises com 44, foram os tipos de publicações mais frequentes. Quarenta citações foram encontradas sob a tipologia de pesquisa qualitativa. Verificaram também outras palavras relacionadas à medicina da família/prática por médicos generalistas com 'atenção primária' ou 'APS', encontrando, para o mesmo período, 52.450.

Essas citações, consideradas relativamente poucas, são de um pequeno número de acadêmicos nos países desenvolvidos. Elas mostram uma elevação da metade dos anos 80 ao final dos anos 90, mas encontraram um platô no novo milênio. O que coincide com a Conferência de Ottawa e depois com a mobilização realizada pela Regional da Europa da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1984. Comparadas com as citações do *PubMed* de 1960 a 2003, em outras especialidades, tais como 2.737.655 para saúde pública; 1.151.194 para cardiologia e doenças cardiovasculares e 318.538 para informática médica, as 50.288 para medicina da família/médico generalista foram de muito pouco valor.

Considerando os dados obtidos, isso retardará o desenvolvimento dessa disciplina, que é tão antiga quanto Hipócrates e, paradoxalmente, é uma

[110] Maior banco bibliográfico eletrônico de dados médicos no domínio público, o *Medline* foi produzido pela Biblioteca Nacional de Medicina (NLM) nos Estados Unidos da América. Contém mais de 12 milhões de citações de 4.800 artigos de jornais em ciências da vida, com concentração em biomedicina. Mais de quarenta indexadores, em tempo integral, incluem conteúdo, assim como informações de especialistas em ciência e adicionam mais de 500.000 citações de artigos biomédicos ao *Medline*, anualmente. Em 1997, o acesso livre ao *Medline*, através da Internet, foi iniciado pela Biblioteca Nacional de Medicina (NML) e foi chamado de *PubMed* (www.pubmed.gov).

disciplina recente, sendo reconhecida nos Estados Unidos da América, pela Associação Médica Americana como a vigésima disciplina em 1969; e no Reino Unido, em 1963. A Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca) foi fundada em Melbourne em 1972 e atualmente é a maior organização de médicos de família/generalistas, tendo membros associados de 79 países que detêm 80% da população do mundo. A maioria desses médicos defende a 'arte' da prática médica, e muitos consideram a pesquisa um 'esforço do especialista ou uma tarefa necessária para os poucos médicos de família que querem se tornar acadêmicos'.

São muitas as razões para um número tão pequeno de pesquisas: a pesquisa nessa disciplina é estática e não está em crescimento; comparando com cuidados de especialistas dos níveis secundário e terciário da atenção à saúde, eles fazem pouca pesquisa; outros jornais sobre o assunto, especialmente os de fora dos Estados Unidos, em outras línguas que não o inglês, não recebem indexação adequada no *PubMed*; muitos artigos são perdidos quando publicados pelos ministérios da saúde sob o nome 'atenção primária'; ainda que esta especialidade promova APS.

O estudo mostra ainda que os dez países mais desenvolvidos do mundo contribuem com 87% das citações analisadas, ratificando a predominância da promoção da saúde nestes países, no entanto, também sinaliza que a prioridade conferida pelos governos não corresponde à prioridade das pesquisas acadêmicas.

A África do Sul (323) e Índia (186) foram os únicos países em desenvolvimento entre os primeiros vinte países. Há apenas 54 citações do continente africano assim como da África do Sul. A pesquisa dos países em desenvolvimento deve ser encorajada se diretrizes apropriadas, observando o custo-efetividade da APS, forem implantadas nestes países.

O contexto da prática e as preferências dos pacientes podem ser diferentes e as mesmas diretrizes não podem ser aplicáveis para ambos os países, desenvolvidos e em desenvolvimento. E certamente, estas ações que estão no escopo da promoção da saúde ainda não estão traduzidas em uma prática consolidada pelos países como se verá analisado nas demais pesquisas deste capítulo.

Perspectiva da Cooperação Técnica em Promoção da Saúde pela OMS

O reconhecimento de que a APS "reflete e evolui a partir de condições econômicas e características políticas e socioculturais de um país e suas comu-

nidades” (OMS, 1978) assinala que as características dos sistemas de atenção à saúde nunca serão idênticos, inclusive podendo ocorrer variações dentro do mesmo país a depender das características históricas, políticas, culturais e econômicas. Do mesmo modo ocorrerá com suas agendas políticas.

A OMS decidiu focalizar a redução das disparidades no estado de saúde e nos serviços de saúde, entre grupos sociais, em suas diferentes condições sociais e ou econômicas. Considera as lacunas existentes entre todos os países, bem como aquelas que são internas: do impacto adverso dos ajustes estruturais econômicos impostos pelas agências de empréstimos em países em desenvolvimento causadores de cortes nos gastos sociais à privatização de funções antes públicas e os efeitos danosos de longa duração sobre a sociedade, ainda que desigual, em termos sociais e de saúde.

Quase todas as nações estão passando por reformas em seus sistemas de saúde, e a maioria delas está orientada para a melhoria das funções do mercado na organização e financiamento desses serviços. Na maior parte dos países da Europa Ocidental, as reformas encontraram sistemas de saúde com séculos de duração, tradição de acesso universal e propostas para melhorar a equidade e a solidariedade, tanto que, em 1997, alguns aspectos da reforma foram abandonados, em países como Reino Unido (McMaster, 1999) e Nova Zelândia, por contrariarem estes princípios. Na Austrália, houve o fortalecimento da APS, ao passo que, em vários países sem história anterior de equidade no acesso aos serviços de saúde, as reformas chegaram a prejudicar sua obtenção.

À variação encontrada em termos de financiamento também corresponde, na oferta de serviços de saúde, o que se reflete na proposta de distribuição de acordo com as necessidades e consequente impacto sobre a qualidade dos indicadores de saúde obtidos. Proteger-se contra iniquidades e frustrações exige avaliar o quanto a economia nos custos da atenção gera de perda na qualidade das ações realizadas, o que demanda esforços conjuntos de acompanhamento desta realidade, envolvendo a população, os acordos internacionais e as decisões sobre as políticas públicas a serem adotadas.

Pesquisas Relacionadas à Atenção Primária à Saúde/ Promoção da Saúde

Apresentam-se três pesquisas relacionadas à utilização da ‘APS’ na promoção da saúde por países desenvolvidos selecionados. A seguir, apresenta-se a primeira pesquisa, de 1994, com base na qual se analisa a concretude de

alguns pressupostos para a promoção da saúde em países desenvolvidos, que aderiram ao movimento da promoção da saúde.

Utilização da APS como base da Atenção à Saúde ofertada

Esta pesquisa realizada por Starfield (2002a) comparou países para verificar a utilização da atenção primária como base da atenção à saúde. Primeiramente, desenvolveu-se uma classificação para estabelecer o grau em que a APS servira de orientação para os serviços, utilizando cinco características do sistema de saúde e seis características relacionadas às unidades de saúde.

As características do sistema de saúde relacionam-se:

1. À distribuição geográfica de profissionais e instalações de saúde de acordo com as necessidades;
2. Ao tipo de médico designado como médico de APS;
3. Aos honorários profissionais dos médicos de APS em relação aos demais especialistas;
4. Ao número de médicos de APS em relação aos outros;
5. À extensão da cobertura de seguro para os serviços de saúde.

As seis características das unidades foram:

1. Frequência da busca que as pessoas fazem do médico de APS antes de ir a outro lugar;
2. Estruturação da relação médico-paciente;
3. Quanto a unidade tratou de necessidades comuns, sem diferenciação de tipo;
4. Grau de coordenação entre a APS e os outros serviços;
5. Orientação familiar provida pela APS;
6. Orientação comunitária da APS.

Os países receberam uma pontuação de 0, 1 ou 2, variando de acordo com a presença e a força das características; e foram classificados por sua pontuação média para as 11 características. As medidas de saúde e de gastos consistiam do que segue:

1. Classificação das taxas dos seguintes indicadores, com uso de métodos comparáveis e uma única fonte de dados: mortalidade neonatal; mortalidade pós-neonatal; mortalidade infantil (neonatal e pós-neonatal combinadas); expectativa de vida na idade de 1 ano (para eliminar a

contribuição da mortalidade infantil) e nas idades de 20, 65 e 80 anos, para homens e mulheres, separadamente; taxas de morte ajustadas por idade; e anos de vida potencial perdidos antes de 65 anos como resultado de problemas evitáveis. E a porcentagem de peso ao nascer, como medida da morbidade.

2. Classificação para gastos totais do sistema de saúde *per capita*, expresso pela paridade do poder de compra, sendo 1 a melhor classificação.
3. Classificação sobre a satisfação de cada população com seu sistema de saúde, por meio de pesquisa por telefone, na qual as pessoas classificaram seus sistemas de acordo com a necessidade de melhoras. O resultado final da classificação comparou a diferença entre a porcentagem da amostra que dizia necessitar de mudanças importantes *versus* solicitação de mudanças menores.
4. Classificações para gastos por pessoa por medicamentos prescritos pela paridade do poder de compra, sendo dado grau 1 ao país com os menores custos de medicamento prescrito.

Os resultados da pesquisa mostraram que a utilização da APS foi benéfica para todos os países estudados, conforme segue. Os dados usados no estudo são referentes ao final da década de 1980. Para efeito de análise dos resultados, a soma 1 indica a melhor avaliação e a soma 11 indica a pior avaliação, no entanto, não se fará referência aos resultados quantitativos, mas sim aos resultados qualitativos da análise. As conclusões do estudo foram:

1. Quanto maior a presença da APS no país, melhor a classificação para os impactos combinados, que mediu a 'relação entre a força da atenção primária e os resultados combinados', apresentando, em ordem do melhor país para o pior, a seguinte distribuição: Dinamarca e Países Baixos, na mesma condição; Suécia, Espanha, Áustria, Canadá e Reino Unido na mesma condição; Finlândia, Bélgica, Alemanha e Estados Unidos na mesma condição.
2. Quanto mais presente é a APS em um país, melhores são os resultados e menores os custos, os pesquisadores examinaram os custos, a 'relação entre a força da atenção primária e os gastos totais com atenção à saúde' verificando-se, em ordem do menor gasto *per capita* para o maior, a seguinte distribuição: Espanha, Reino Unido, Dinamarca, Bélgica, Finlândia, Áustria, Países Baixos, Alemanha, Suécia, Canadá, Estados Unidos.

3. Quanto mais presentes as políticas de saúde de APS nos países, mais as unidades de saúde refletiram uma forte operacionalização da APS, que mediu a 'relação entre as políticas do sistema de saúde e as características da prática relacionada à atenção primária', obtendo-se, em ordem do melhor para o pior, a seguinte distribuição: Países Baixos, Reino Unido, Dinamarca e Finlândia na mesma condição; Espanha e Suécia na mesma condição; Áustria, Bélgica e Canadá na mesma condição; Alemanha e Estados Unidos.

Barbara Starfield (1993) informa que as pessoas na primeira infância e idade escolar, em relação à fase adulta, foram mais beneficiadas com a APS. Em contrapartida, os países que distribuem seus recursos atendendo a necessidades, em vez da demanda de mercado, alcançaram melhores níveis de saúde do que outros países.

Dados de Sistemas Nacionais de Saúde com base na APS/Promoção da Saúde

A seguir, apresenta-se uma segunda pesquisa com dados dos sistemas nacionais de saúde de alguns países estudados com orientação para a promoção da saúde, observando prioridades políticas no âmbito nacional. Os países escolhidos são nações industrializadas no sentido de minorar as diferenças históricas, culturais e filosóficas, bem como o impacto da riqueza nacional sobre as características e funções dos sistemas de saúde (Starfield, 2002b). Esses dados estão organizados de acordo com as políticas públicas nacionais, nas características a seguir discriminadas, bem como em relação às características da prática de atenção à saúde ofertada.

As políticas nacionais segundo Starfield (2002b), considerando que nosso foco de atenção são os ministérios de saúde, âmbito nacional, regulam:

1. Quanto o sistema coordena a distribuição de recursos por todo o país;
2. Forma de financiamento dos serviços de APS;
3. Porcentagem de médicos em atividade envolvidos somente na APS;
4. Proporção dos honorários médios dos médicos da atenção primária em relação aos outros especialistas;
5. Local mais comum de serviços de APS;
6. Existência de cadastro de pacientes para identificar a comunidade atendida pelas unidades;
7. Providências para acesso 24 horas;

8. Necessidade de divisão de custos por parte dos pacientes;
9. Forma de reembolso dos médicos de atenção primária e outros especialistas;
10. Papel do médico de APS na prestação de atendimento hospitalar a seus pacientes;
11. Existência de consultórios de especialistas na comunidade, fora dos hospitais;
12. Força dos departamentos acadêmicos de clínica geral em APS.

As características da prática incluem:

1. Atenção ao primeiro contato;
2. Continuidade da atenção ao longo do tempo (longitudinalidade/adscrição de clientela);
3. Integralidade;
4. Coordenação;
5. Centralização na família;
6. Orientação para a comunidade;
7. Frequência de visitas domiciliares.

Com o intuito de classificar a situação da APS de cada país, foram atribuídas pontuações para cada característica, e a análise variou desde a ausência ou um fraco desenvolvimento da característica (zero/0); a presença de desenvolvimento moderado (um/1) até a um alto nível de desenvolvimento da característica (dois/2). Os resultados apresentados pelo estudo referem-se apenas às características dos serviços mais comuns e não de todos os sistemas que possam prestar atenção a segmentos populacionais predeterminados. Da mesma maneira que na exposição dos resultados da pesquisa anterior (sobre a utilização da APS como base da Atenção à Saúde ofertada), apresentam-se os resultados qualitativos. Cada quadro demonstrará os achados para cada país, considerando as características analisadas.

Como se poderá verificar, analisando os quadros de números 1 a 21, apresentados no Anexo 1, os Sistemas Nacionais de Saúde dos países participantes desta pesquisa não foram completamente transformados pela promoção da saúde, haja vista a continuidade do predomínio do modelo biomédico flexeneriano. Ainda que a regulação da APS encontre-se em desenvolvimento, como visto em sua maioria, permanece o predomínio de especialistas e a inexistência do primeiro contato como regra. No entanto, apesar da maior lotação de médicos generalistas nas unidades de APS, o percentual de atuação

de especialistas é maior. Além disso, as remunerações dos médicos especialistas são maiores que as dos generalistas e estes não atuam em hospitais.

Os departamentos acadêmicos estão em situação favorável, na maioria desses países, indicando possibilidades de mudanças importantes no futuro. No entanto, a pouca participação comunitária deixa a desejar em termos da construção de uma consciência mais crítica na população a respeito da saúde.

Em relação às demais características, estas estão em processo de desenvolvimento favorável, como a existência de cadastros, a adscrição da clientela, a definição de áreas geográficas, a tipologia das unidades de APS, indicando uma tendência positiva para a implantação da promoção da saúde nesses países, no enfoque relacionado à medicina da família.

Satisfação da população com seus sistemas de saúde

A terceira e última pesquisa a ser detalhada é a que mediu a satisfação da população com seus sistemas de saúde. No final dos anos 80, várias pesquisas foram realizadas por telefone com vistas à satisfação da população (Blendon *et al.*[111] *apud* Starfield, 2002a), no entanto não foram repetidas. O trabalho realizado por Mossialos (*apud* Starfield, 2002a), no ano de 1996, disponibiliza a análise sobre satisfação da população nos 15 países-membros da União Europeia. Foram estudadas a satisfação geral e as mudanças necessárias, e a pesquisa revelou que há três grupos de países:

1. Países com alta satisfação da população: Dinamarca, Finlândia e Áustria;
2. Países com satisfação intermediária da população: Bélgica, Alemanha, Países Baixos, Suécia e França;
3. Países com baixa satisfação da população: Espanha, Reino Unido, Itália, Grécia, Portugal e Irlanda.

A pesquisa foi domiciliar, e as perguntas referiam-se ao sistema de saúde como um todo, e não à APS em particular. Para Starfield, os resultados atuais podem ser comparados com os dos anos 80 porque a natureza das perguntas não variou. No estudo anterior, a classificação para a satisfação foi da mais alta para a mais baixa: Canadá, Países Baixos, França, Alemanha Ocidental, Austrália, Suécia, Japão, Reino Unido, Itália, Espanha, Estados Unidos, sugerindo consistência para, pelo menos, os países analisados nas duas comparações.

---

[111] Ver Blendon *et al.* (1991).

Segundo Starfield (2002a: 587), interpretar as respostas de satisfação fazendo cruzamentos nacionalmente não gera consistência porque há diferenças nas expectativas devido às diversidades culturais, e, dessa forma, distintas avaliações. Seria mais plausível: "que a satisfação percebida seja uma resposta não apenas às características do sistema, mas também à sua estabilidade".

Nas pesquisas anteriores, Reino Unido e Espanha tinham suas reformas em andamento e suas populações avaliaram com baixa satisfação, e persistem entre as mais insatisfeitas, e se aventa a possibilidade de as reformas não estarem concluídas e/ou que não sejam adequadas. Já os países de classificações mais altas, Dinamarca e Finlândia, não foram incluídos nas pesquisas anteriores, assim não foi possível verificar a tendência neles e ou entre eles.

Conclusões

Rudolph Virchow, líder do movimento de reforma da saúde da Prússia, em 1848, após examinar as condições de uma mina de carvão, nos campos da Alta Silésia, concluiu que os problemas de saúde dos mineiros não seriam aliviados por instalações médicas, mas por “educação, liberdade e prosperidade” e por meio de uma “completa e ilimitada democracia” (Ackernecht[112] *apud* Hancock, 1994: 350). Seu relatório não foi bem recebido pelas autoridades e certamente suas recomendações não foram seguidas, e ele escreveu nesse meio tempo: “A medicina é uma ciência social, e a política não é nada além de medicina numa larga escala” e “A reforma médica que nós tencionávamos era uma reforma da ciência e da sociedade” (Ackernecht *apud* Hancock, 1994: 351).

A atenção primária, corretamente utilizada, é a base para a promoção da saúde e exige que todo o sistema de saúde se reordene para que a equidade, o *empowerment*, a *advocacy,* a integralidade, a referência e contrarreferência aconteçam de fato e não apenas nos discursos governamentais.

Não há como ‘assegurar’, ‘garantir’, que as propostas sejam realmente executadas pelos países, ainda que constem de mandatos constitucionais, como visto no caso do Brasil. Trata-se de um processo político, no qual estão em jogo os poderes diferenciados dos atores sociais relacionados à saúde. Quanto mais participante for a população, para que alcance um conhecimento sobre o que é saúde e que políticas estão em vigência, para de fato ocorrer o *empowerment* de dupla via, maiores serão as chances de se transformar realidades de iniquidades na distribuição de recursos públicos. Verifica-se que mesmo em países desenvolvidos, como apresentado nos 11 países analisados (ver Anexo), esta participação não é ainda significativa. No entanto, se os governos insistirem na

[112] Ver Ackernecht (1981).

promoção da saúde e a participação social for consciente, será possível alcançar a afirmação da qualidade de vida conforme proposto pelo novo paradigma.

A participação da população, respeitando-se a autonomia, é muito difícil de ocorrer em quaisquer dos países, até porque não há experiência mundial sobre a participação democrática responsável, única possibilidade do exercício de civilidade nas relações entre público e privado. Somente com educação e informação sistemáticas e transparentes pode-se supor alcançar a possibilidade de responsabilidade de dupla via, dos cidadãos e dos governos.

Vivem-se historicamente as maiores transições na saúde das populações (McMichael & Beaglehole, 2000). Obtiveram-se grandes ganhos na expectativa de vida durante a última metade do século XX: as taxas de fertilidade estão declinando, o perfil de adoecimento e morte está sendo transformado; o padrão de doenças infecciosas tornou-se muito mais lábil (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, recrudescimento da tuberculose, cólera, febre amarela, surgimento de novas ameaças, como a gripe aviária), ainda que haja maior resistência antimicrobiana.

Verificou-se também a persistência das desigualdades de saúde entre pessoas ricas e pobres; entre países e mesmo no interior de um mesmo país; catástrofes ambientais; destruição ativa do meio ambiente devido à exploração predatória dos recursos naturais, entre outros. Atualmente, as perspectivas de saúde futura dependem de um aumento, ainda que incerto, da extensão dos processos de globalização e da emergência de mudanças ambientais ocorrendo em resposta ao grande peso das atividades econômicas humanas. Está em vigência uma substantiva travessia de um milênio na história da humanidade (Beaglehole & Bonita, 1998; McMichael & Beaglehole, 2000).

Nos países menos desenvolvidos, os ganhos de saúde têm começado mais recentemente em consequência da alfabetização, de melhores habitações, da melhora nutricional, do controle de vetores, assistência pela transferência de conhecimento sobre saneamento, vacinação e tratamento de doenças infecciosas (Powles, 1992; McMichael e Beaglehole, 2000).

A promoção da saúde como parte da saúde pública não é meramente mais uma das 'especialidades em medicina'. Em vez disso, toda a medicina clínica deveria ser considerada parte de um trabalho global da saúde pública para promover e proteger a saúde da população e para reduzir o impacto do adoecimento e das confirmações diagnósticas. Em um mundo que muda rapidamente, com novas influências na saúde da população, investir neste processo torna-se um desafio crescentemente importante, porque não se trata

de negar a importância do conhecimento técnico-científico para a saúde, mas sim de redimensioná-lo na perspectiva da complexidade da realidade social.

Os principais promotores do sistema econômico globalizado, orientado ao mercado, como a Organização Mundial do Comércio (OMC), o Banco Mundial (Bird), o Fundo Monetário Internacional (FMI) e as corporações transnacionais, continuam com suas principais estratégias de promover o livre comércio. Sendo essas as concessões das taxas das corporações e incentivos aos investimentos, aliados ao relaxamento dos controles de salários e de padrões dos locais de trabalho e à contração do gasto público nacional em saúde, educação e em outros setores sociais (Kinnon, 1998; Gray, 1998; Beaglehole & Bonita, 2000), com consequente repercussão negativa sobre a saúde das populações.

Os programas de ajuste estrutural impostos pelo FMI nas economias de vários países pobres e/ou em desenvolvimento, promovendo particularmente o setor privado à condição de propiciador de riquezas, têm deteriorado a saúde da população de modo frequente (Hoogvelt, 1997; Bijlmakers, Bassett & Sanders, 1998; McMichael & Beaglehole, 2000).

Ao analisar essas experiências adversas, o Bird começa a reconhecer a necessidade de um Estado forte para executar funções públicas essenciais, incluindo a saúde pública, e para assegurar mercados (World Bank, 1997) com bom funcionamento. Enquanto isso, persiste a tensão entre a filosofia do neoliberalismo, enfatizando o autointeresse da economia orientada ao mercado, e a filosofia da justiça social que vê a responsabilidade coletiva e seus benefícios como um objetivo social prioritário (Gray, 1998; McMichael & Beaglehole, 2000).

A prática da saúde pública, com sua perspectiva fundamental, comunitária e populacional – a da promoção da saúde –, sintoniza-se mais com a filosofia da justiça social. No entanto, na concretude da atenção à saúde ofertada à população, essa prática viabiliza as propostas dos estados neoliberais em praticamente todos os países, inclusive no Brasil e no Canadá.

A partir de uma perspectiva da 'promoção da saúde'/saúde pública, a globalização, apesar de seus elementos negativos, acelerou o crescimento econômico, e os avanços tecnológicos têm melhorado a saúde e a expectativa de vida em muitas populações. Pelo menos, em curto e médio prazo, estes avanços materiais, aliados à modernização social e a vários programas de saúde pública, geraram ganhos para a saúde da população. Em contrapartida, amplos aspectos da globalização comprometem a saúde da população por meio da erosão das condições sociais e ambientais, da divisão global do trabalho, da exacerbação

da distância entre pessoas ricas e pobres, o que ocorre nas relações entre os países e entre os organismos dentro dos países, e da aceleração do crescimento do consumismo.

A Conferência de Alma-Ata (Magrath, 2005), com quase todas as 134 nações representadas, é notável por seu reconhecimento de que saúde é uma responsabilidade social, mas a grande dificuldade de prover a atenção primária à saúde para os extremamente pobres logo surgiu (Boland & Young, 1982; Magrath, 2005). Ainda que o Produto Interno Bruto (PIB) mundial tenha mais que triplicado entre 1978 ($US 9,1 trilhões, $ 2.129 *per capita*) e o ano 2000 (31,5 trilhões, $ 5198 *per capita*), na virada do milênio ainda havia mais do que um bilhão de pessoas vivendo com menos de um dólar por dia.

Essas pessoas vivem com acesso limitado ou inexistente à atenção de saúde, água limpa ou saneamento, o que demonstra uma concentração de renda expressiva. Portanto, não se tem insuficiência de recursos para o enfrentamento do problema, tem-se ausência de vontade política dos governantes e ausência de participação democrática da população. O PIB nesses países de baixa renda, que detêm 40% da população mundial, foi de $430 dólares ao ano, comparado com $26.310 nos países de alta renda (Loevinsohn & Harding, 2005; Magrath, 2005).

Esta imensa disparidade evidencia a falha em atender às expectativas do consenso de Alma-Ata, atualmente Saúde para Todos, com a Carta de Ottawa e enfim direcionada para uma nova declaração das Nações Unidas em 2000. Essa meta está incluída nos 'Objetivos de Desenvolvimento do Milênio', sendo o primeiro deles a redução da extrema pobreza e da fome à metade até o ano 2015.[113] O progresso para reduzir a pobreza é um alvo a ser alcançado (Loevinsohn & Harding, 2005; Magrath, 2005), no entanto sua consecução será bastante variável em diferentes regiões do mundo.

Infelizmente, nos países de baixa renda, os quais também apresentam as maiores cargas de doenças, os governos gastam, em média, 1,1% do PIB, menos de $5 dólares *per capita* por ano em saúde, e menos disso vai para as pessoas pobres (World Bank, 2003).

Mesmo assim, recursos disponibilizados poderiam reduzir as taxas de morbidade e mortalidade, se estivessem direcionados aos problemas de saúde de maior prevalência, que podem ser efetivamente controlados por medidas simples, de baixo custo, aplicadas a uma grande faixa populacional. A saúde não

[113] United Nations Millennium Declaration (resolution 55/2), sept 8, 2000 <www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm> . Acesso em julho, 2005.

melhorará, a menos que a infraestrutura necessária possa ser desenvolvida. Tais provedores de atenção à saúde deveriam incluir governos centrais ou regionais, universidades, corporações, organizações internacionais, médicos privados, voluntários da comunidade (Magrath, 2005). Cada um pode ser efetivo, mas a eficácia é dependente das circunstâncias locais, do conhecimento e da rendição de contas sistemática dos provedores (Brugha & Zwi, 1998; Magrath, 2005). O potencial para abusos é francamente aumentado, quando interesses político-partidários, sem foco na população, e lucros fazem parte da equação.

Uma manifestação importante da escala crescente das empresas é o advento de mudanças ambientais globais. Ainda que não seja causada diretamente pelos processos de globalização discutidos anteriormente, a mudança ambiental global reflete o crescimento da população e a intensidade das economias modernas dirigidas ao consumismo (McMichael & Powles, 1999; McMichael & Beaglehole, 2000). A humanidade está atualmente desorganizando, em um nível global, alguns dos sistemas de suporte da vida da biosfera (Watson *et al.*, 1998; Daily, 1997; McMichael & Beaglehole, 2000), os quais proveem estabilização, restauração, produtividade biológica, a limpeza da água e do ar, e a reciclagem de elementos nutrientes.

Essas mudanças dos processos básicos de suporte da vida criam riscos de longo prazo para a saúde das populações (McMichael, 1993; Last, 1986; McMichael & Beaglehole, 2000). Outros riscos substanciais podem aumentar por causa da agressão a sistemas ecológicos complexos que determinam a geografia das infecções transmitidas por vetores, tais como malária, dengue e leishmanioses; e da faixa, da sazonalidade e da incidência de várias infecções alimentares e de veiculação hídrica; os rendimentos de colheitas agrícolas; as pestes e patógenos de animais em criadouros; a salinização das terras costeiras e suprimentos de água doce devido à elevação dos níveis da água do mar e à produção relacionada do ponto de vista do clima aos poluentes fotoquímicos do ar, esporos e pólen (McMichael & Haines, 1997; McMichael & Beaglehole, 2000).

Por causa de seus recursos limitados, a realização de medidas efetivas para controlar a pobreza, analfabetismo e doença, na maioria dos países em desenvolvimento, requer assistência externa. O que resulta da atuação dos governos neste particular é, em geral, depressivo, mas o crescimento rápido e em aceleração de uma sociedade civil global (Magrath, 2005) desempenhará um papel crescentemente maior a fim de possibilitar que os países em desenvolvimento concretizem, eventualmente, o potencial de seu maior bem: seu povo. E nessa direção, a promoção da saúde é uma proposta de futuro.

Enquanto isso (Juma & Cheong, 2005), os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (United Nations, 2000) têm se tornado um padrão internacional comparativo para avaliar tendências no desenvolvimento e bem-estar humanos. Sua adoção em 2000 coincidiu com dois importantes fatores: o reconhecimento crescente do papel da ciência e tecnologia para resolver problemas humanos e a emergência de novas doenças infecciosas. Estes desenvolvimentos têm ajudado a definir a pesquisa biomédica como um dos temas mais críticos de política pública em face da comunidade global.

O estado de saúde humana em muito do mundo em desenvolvimento continua a declinar enquanto o fundo mundial de conhecimento biomédico continua a se expandir. Este desafio oferece novas oportunidades para promover cooperação internacional em pesquisa biomédica de relevância para países em desenvolvimento como mencionado no relatório do Projeto de Força Tarefa do Milênio em Ciência, Tecnologia e Inovação. Enfrentar desafios de saúde, do mundo em desenvolvimento, irá requerer novas formas de parcerias internacionais, que levem em conta oportunidades emergentes na globalização do conhecimento científico, e novas formas de incorporá-lo à prática ampliando suas perspectivas de transformação da realidade social, como é o caso da promoção da saúde.

A Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde, da OMS, nasceu do reconhecimento da necessidade e do potencial para possibilitar um maior impacto na saúde mundial, por meio da formação de uma aliança entre os países mais populosos, em Genebra na Suíça, de 18 a 20 de março de 1998. Juntos, esses megapaíses atingem 60% da população do mundo: Bangladesh, Brasil, China, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Federação Russa e Estados Unidos da América do Norte.

Essa diversidade de países engloba todos os níveis de desenvolvimento, experimentando diferentes estágios nos atuais padrões de morbidade e de mortalidade. Trabalhando juntos, os megapaíses poderiam constituir-se em voz participante na agenda mundial de políticas de promoção da saúde. Esperava-se que os países selecionados pudessem estruturar-se para fortalecer a capacidade de promoção da saúde, nos âmbitos nacional e mundial, no sentido de ampliar a oferta de saúde às populações dos megapaíses e também à população mundial.

Além de sua unidade assegurar um pacto importante às questões internacionais de saúde, os megapaíses iriam continuar direcionando as suas próprias prioridades nacionais de saúde, construindo, assim, infraestruturas de promo-

ção da saúde mais fortes dentro de cada país. E teriam os seguintes objetivos a alcançar: melhorar a capacidade nacional de promoção da saúde; propiciar o desenvolvimento da consciência crítica, o *empowerment*, o reconhecimento e a *advocacy* de promoção da saúde entre os tomadores de decisão e o público em geral. Esta rede não se configurou, inclusive os Estados Unidos sequer assinaram o Protocolo de Kyoto.

Entende-se que o movimento da promoção da saúde trouxe os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio como aporte concreto para a problemática de saúde no mundo, independentemente de ter como objetivo inicial baixar os custos da atenção à saúde. O sentido mais importante desses objetivos é estar em agendas de maior poder político institucional que a promoção da saúde. Ainda que os estados neoliberais persistam em crescente afirmação, a democracia existente e as propostas com ampla sinalização, inclusive nas legislações dos países, de participação democrática e consciente da população, abrem uma possibilidade de transformação. Sabe-se que as mudanças sempre dependerão do jogo de poder entre os atores sociais, os processos seguem e ganhos são alcançados em momentos de confluências positivas das variáveis envolvidas, conquistados em cada momento da vida social. Verificou-se tal assertiva em relação ao Brasil e ao Canadá.

A promoção da saúde, em síntese, pode ser dita tratar-se do poder, principalmente em dois níveis: o primeiro, a extensão com a qual as pessoas e os grupos são capazes de deter maior controle sobre suas vidas e suas saúdes nos âmbitos, pessoal e comunitário; o segundo, a extensão para a qual a saúde torna-se estabelecida como uma parte vital da agenda política (Hancock, 1994). Sob outra vertente de análise, trata-se também de considerar que há uma dimensão biológica que adoece e que precisa ser cuidada também, ainda que os determinantes da saúde estejam como causadores, em sua maioria, fora do setor saúde, ao produzirem danos biológicos, necessita-se de cuidados médicos e muitas vezes bastante sofisticados.

Nesse sentido, é fundamental incluir a atenção médica nas propostas da promoção da saúde. O conceito tem de ser totalizante e não mais excluir uma dimensão humana, por questões de eficiência governamental. A contraposição saúde pública *versus* modelo biomédico persiste e não agrega possibilidades de melhora da atenção à saúde no interior do setor saúde. Em outras palavras: inicia-se uma proposta já dividida.

Nesse contexto, a promoção da saúde é desafio e ao mesmo tempo adaptação. Desafio, quando exige que todas as atividades humanas que concorrem ao

adoecimento sejam revistas e reformuladas. Ter-se-ia, na prática, que 'revolucionar' o capitalismo, sob o qual se vive, como bem proposto na Declaração de Alma-Ata: é necessária uma 'Nova Ordem Econômica Internacional'. Assim, países desenvolvidos e em desenvolvimento, as pessoas pobres e as pessoas ricas estão igualmente sujeitos à aceleração do adoecimento e da morte, cada grupo por suas restrições. As pessoas pobres estão sujeitas a todo tipo de carência, material e ou emocional; e as ricas estão continuamente submetidas ao *stress*, à competição desenfreada pelo poder e pelos lucros. O modo de vida ocidental socializa a doença para todos! Adaptação é o que se faz atualmente em termos da proposta de promoção da saúde, conforme verificado no Brasil e no Canadá, assim como nos países desenvolvidos aqui analisados. Adotam-se determinadas práticas de saúde, redireciona-se a atenção à saúde para cuidados simplistas, palestras, uso de preservativos, alimentação natural, *fitness,* entre outras, mas continua-se distante do 'alfabetismo de saúde', da possibilidade de qualidade de vida como exercício da capacidade de todos para 'viver a vida'. Em muitos lugares há boas repercussões, sem dúvida, porém as ações são periféricas. É necessário focalizar a atenção para os mais necessitados, investir nas comunidades saudáveis, diminuir os custos dos medicamentos, entre outros.

Reverter o paradigma dominante no campo da saúde (Queiroz & Vianna, 1992), o flexeneriano, conforme discutido, só pode significar que as causas mais profundas que determinam a saúde e a doença encontram-se assentadas no nível social. Este novo olhar para a questão da saúde e da doença recolocou a comunidade e seu meio ambiente físico e social numa posição central. Se, no entanto, a preponderância desta nova concepção, a da qualidade de vida, é relativamente simples de ser reivindicada no campo científico e ideológico, na prática, ela depende de muitos outros fatores de ordem socioeconômica, política e cultural.

Esta reversão deve, no entanto, ser inevitável simplesmente porque não há outro meio possível de contornar a crise que envolve não só o sistema de saúde como a própria medicina em sua condição de ciência. Por esse motivo, a proposta de um novo centro de gravidade para a medicina baseado na saúde e no bem-estar de uma comunidade, e não só na doença que se manifesta em nível biológico, é válida para qualquer tipo de contexto, seja ele relacionado com países desenvolvidos, em desenvolvimento e ou subdesenvolvidos; industrializados e/ou rurais; e de economia de mercado e/ou planejada.

Não se trata evidentemente de abolir a medicina curativa hospitalar, centrada no aspecto biológico individual. O que se propõe como parte do novo

paradigma é limitar este aspecto de um modo tal que ele deixe de ser dominante e passe a ser subordinado a uma dimensão social maior que o envolva e o controle. Trata-se, portanto, não só de uma solução econômica para a crise financeira da medicina como também uma solução epistemológica para a crise científica da medicina moderna (Queiroz & Vianna, 1992).

Os médicos (Lanier *et al.*, 2003) têm uma responsabilidade especial para responder à luta por uma saúde melhor, considerando que podem observar e documentar causas de saúde-doença e, como especialistas, ocupam uma posição particularmente influente na sociedade. Mudanças poderiam vir mais rapidamente se eles juntassem forças com membros da sociedade civil como defensores de assuntos da promoção da saúde/saúde pública. Esta ascensão poderia ser possível se as escolas médicas e as sociedades médicas fizessem grandes esforços para melhorar a política de saúde, 'a fala pública', as redes, a *advocacy* e propagandas para a promoção da saúde e prevenção da doença, relacionando a isso modos tradicionais de lidar com tais assuntos.

A medicina com ênfase na saúde e, portanto, na possibilidade de as pessoas desenvolverem o autocuidado (Illich, 1974), promove a compreensão sobre os mecanismos de adoecimento e sua possibilidade de controle. A grande dificuldade dessa proposição é a massificação da propaganda voltada para atitudes pouco saudáveis ao mesmo tempo que valoriza e estimula o consumo tecnológico do ato médico. Viu-se que muitos países adotaram a promoção da saúde, no entanto, a mudança de paradigma não é algo que se processe em uma geração; ainda não há nenhum país com esta inversão de modelo em utilização, com impacto visível na realidade social, o que também se aplica ao Brasil e ao Canadá.

Fazer uma argumentação sobre a dificuldade (Barbosa, 1991) de colocar na prática as novas propostas, chamar a atenção para o fato de que é um desafio, é importante, para que se entenda porque são realizadas adaptações marcadas pelas possibilidades do real. O objetivo maior é não permitir que a promoção da saúde seja esvaziada e se transforme em mais um programa vertical de atenção à saúde ou repasse de responsabilidades do poder público para a população: é apoiar com os conhecimentos do campo da promoção da saúde a estruturação de uma cidadania ativa no sentido de seus deveres e direitos.

Há uma insuficiência de informações que melhorem o conhecimento das pessoas sobre a saúde e, nos países em desenvolvimento, sobre seus direitos. Na perspectiva contemporânea da educação, as diferentes manifestações da cultura são elementos obrigatórios para a proposição de mudanças de hábitos,

pois representam relevantes e ricos aspectos da realidade histórica, cultural e social, o que sem dúvida é fundamental, haja vista o tempo que durará para que mudanças institucionais se afirmem.

Há que se ter um espaço individual de consciência crítica sobre os modos de vida e tentar melhorá-los a despeito das mudanças estruturais necessárias às suas institucionalizações sociais. Igualmente há que se considerar a representação social de saúde e doença, com o objetivo de apreender seus significados e o efeito que exercem sobre as concepções que as pessoas elaboram em relação à saúde delas mesmas e dos outros. A construção da realidade, como objetivo da educação, tem o propósito de contribuir para o entendimento dos diferentes panoramas sociais e culturais habitados por diferentes indivíduos. Assim, o conhecimento e o entendimento da cultura e da realidade são desejáveis e possíveis através das múltiplas interações que objetivam superar limites e restrições. Dessa forma, concorrendo para um mundo mais justo e solidário, o médico não pode estar ausente desse processo, e tampouco, a equipe produtora de ações de saúde, um grupo interdisciplinar, que age de acordo com a realidade das pessoas a serem atendidas.

As proposições de políticas públicas são resultantes de um pragmatismo linear e empirista, pois negam a determinação da realidade social pelas relações de poder em seu interior. Não há análise possível do setor saúde fora do seu contexto histórico e político. Em suma, o que define a efetividade de uma intervenção, em qualquer área de atuação da realidade, não é a variável de *per si*, mas como as diferentes intervenções estão estruturalmente relacionadas e quem são os atores sociais (Navarro, 1984) interessados na mudança, no conflito e na resistência dentro dessas estruturas e quais são suas motivações e interesses.

"Compreender a gênese social de um campo, e apreender aquilo que faz a necessidade específica da crença que o sustenta, do jogo de linguagem que nele se joga, das coisas materiais simbólicas em jogo que nele se geram (...)" (Bourdieu, 1989: 69) demarca a possibilidade de construção de mudanças necessárias na realidade social. Se tudo está orientado ao mercado, é bastante ilusória a proposta da promoção da saúde, sobretudo para os países em desenvolvimento.

Nesse contexto, os processos de construção dos estados brasileiro e canadense, refletidos nos enunciados de política pública com vistas à promoção da saúde, começam a inscrição da prática médica com o modelo liberal de Estado: o Brasil com a constituição de uma república de indivíduos (Luz, 2000) com cidadania regulada, e o Canadá, com a constituição de uma república de cidadãos.

Em ambos os países, o modelo autoritário da normativa biológica deu-se com todas as sanções decorrentes de seu descumprimento em termos individuais e de saúde pública, no entanto, no Brasil, ocorre uma aceitação mais acrítica e uma subordinação ao *status quo*, por exemplo, influência da propaganda da *mass media* sobre o que seria bom para a saúde, e em todas as camadas sociais, porque há um distanciamento acerca das discussões sobre saúde. Esta atitude está facilitada, pois o Ministério da Saúde não informa a população como um todo, em linguagem compreensível, sobre os significados dos avanços tecnológicos da área, os riscos das patologias sociais, seu processo de gestão, entre outras informações importantes para a construção de decisões com autonomia.

No caso do Canadá, há um cumprimento da normativa, mas num espaço de confronto do exercício civilizado de cidadania, ainda que também haja um distanciamento sobre a saúde, este é minimizado pelo grande intercâmbio existente na sociedade civil organizada; utilização de pesquisas na Internet; e, mesmo em universidades, maior contato com o avanço do conhecimento em termos do que vai interessando aos grupos sociais em cada momento dado, por exemplo, ao se enfrentar problemas como obesidade, hipertensão, Aids, entre outros.

No Brasil há exceções importantes, como é o caso da Aids, cujos portadores da infecção, organizados, conseguiram sensibilizar a alta direção do Ministério da Saúde para a criação da Divisão Nacional de DST/Aids em 1985, mas a regra é a omissão, a não participação e a aceitação acrítica de decisões tomadas, sem sequer conhecimento da sociedade civil organizada. Importante registrar os esforços do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que vem tratando de minorar tal situação, ainda que tudo comece e acabe no Estado.

Depois da fase de Estado liberal, o Brasil vivencia, nos anos Vargas, uma proposta de estatização dos serviços de saúde, pública e de assistência direta, que caminha até o ano de 1963, que poderíamos tentar inscrever num modelo de *welfare state* também por decisão do Estado. Concorreram para esta proposta 'os grupos avançados de burocratas preocupados com a saúde, a política e o desenvolvimento econômico no país e sua grande contribuição' (Luz, 2000), *a posteriori,* com a Reforma Sanitária.

Enquanto isso, o Canadá vive a plenitude de uma medicina avançada, sofisticada tecnologicamente, com ações de saúde pública, ainda que autoritária e defensiva dos agravos às populações, de alto custo, a ponto de suscitar uma proposta radical de reversão do modelo por parte de um ministro da saúde.

Aqui temos outro ponto de contato em ambos países: apesar das diferenças de cidadania, a proposta de mudança vem do interior dos ministérios, ou seja do Estado e ou de seus componentes, no Brasil com a culminância da Reforma Sanitária, e no Canadá com o Relatório Lalonde.

No entanto, nos dois países, toda e qualquer motivação estatal parte do pressuposto da evitação dos altos custos das ações de saúde. Após esta fase mais *welfariana*, presencia-se o advento dos Estados neoliberais, desde o final dos anos 70, que cortam gastos, propõem a eficiência e de novo põem em cheque a autonomia dos cidadãos.

O Brasil e o Canadá vêm desenvolvendo ações com respeito à promoção da saúde, no âmbito de seus ministérios, de acordo com o movimento internacional sobre a área da saúde. Fato importante a registrar é a atual proposta da OMS, apresentada a seguir e a inclusão da saúde nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio conforme assinalado.

O Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho[114] da OMS cobrirá o período de 2006-2015, apresentará uma visão estratégica de longo prazo para a saúde e o desenvolvimento e dará uma orientação geral ao trabalho da organização como líder em matéria de saúde e desenvolvimento global. Este período foi escolhido em função da realização das Metas de Desenvolvimento do Milênio até 2015. A proposta foi elaborada com o concurso dos estados-membros, incluídos Brasil e Canadá; os atores sociais que atuam conjuntamente; e os consultores da Secretaria da OMS. Esta versão foi apresentada no 46º Conselho Diretor, 57ª sessão do Comitê Regional para as Américas para análise e comentários para ser apresentada na Assembleia Mundial da Saúde de 2006.

Consta da proposta, reforçar a capacidade de governo/gestão e a liderança: do mesmo modo, os decisores das políticas de saúde e a OMS deverão envolver-se ativamente nos fóruns internacionais em que se debatem os assuntos que afetam o estado de saúde das populações. Devem ser claramente definidas e sustentadas as responsabilidades que cabem aos governos, à sociedade e aos indivíduos em relação à saúde.

Em setembro de 2000, durante o Encontro do Milênio para a assinatura da Declaração do Milênio das Nações Unidas, 147 chefes de Estados, incluídos as representações do Brasil e Canadá, assinaram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Foram acordados os princípios e valores

[114] Opas (2005).

que estão regendo as relações internacionais no século XXI. Sete esferas foram escolhidas: a paz, a segurança e o desarmamento; o desenvolvimento e a erradicação da pobreza; a proteção do meio comum; os direitos humanos, a democracia e o bom governo; a proteção de pessoas vulneráveis; o atendimento às necessidades especiais da África; e o fortalecimento das Nações Unidas.

Ainda que não garantam as ações necessárias e suficientes, permitem que os demais atores sociais possam agir no sentido de suas consecuções. É importante também ressaltar que, a adequação da OMS, de seu plano, para ter como horizonte de tempo 2015, e o comprometimento dos países representados em Bangcok, em permitir que a OMS acompanhe o cumprimento dos acordos estabelecidos, assinalam uma possibilidade de transformação.

A posição da OMS sobre os mercados e a privatização tem sido preocupante. O Relatório Mundial da Saúde de 2000 (WHO, 2000; Pollock & Price, 2002) foi criticado por ignorar a fragmentação do conjunto de risco e de erosão das garantias resultantes da privatização dos financiamentos e da oferta; e por sua orientação pró-mercado (Braveman, Starfield & Geiger, 2001; Buse & Gwin, 1998; Pollock & Price, 2002).

Ainda com a política de atenção à saúde crescentemente determinada por uma conjuntura internacional, há uma necessidade premente de um corpo internacional dessa política, financiado de maneira adequada, com objetivos claros e explícitos. O Bird é agora o maior financiador internacional de atividades de saúde, com um 'portfólio' de empréstimos, em 1996, de US$13.5 bilhões. O orçamento da OMS foi de US$400 milhões, estando também preocupada com o comércio e comprometida com a reforma orientada ao mercado (Braveman, Starfield & Geiger, 2001; Buse & Gwin, 1998; Pollock & Price, 2002).

A Constituição da OMS assevera que "o usufruir do mais alto padrão atingível de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano sem distinção de raça, religião, crença política, econômica ou condição social" (OMS, 1948). A OMS deve agora ativamente afirmar esta meta-padrão para a saúde universal em sua recomendação para todos os países que buscam ajuda com compromissos comerciais.

A promoção da saúde conforme sua ressignificação é uma nova proposta para conceituar a saúde pública marcada por uma articulação do Estado neoliberal. Nesta complexidade, a questão não é somente criar uma teoria para a promoção da saúde, mas buscar também uma teoria da prática. Tentar

solucionar o impasse de criar uma mediação entre o conhecimento e a ação e encontrar meios de incluir este conhecimento no processo de tomada de decisão de todos os atores sociais interessados na saúde, onde cada pessoa individualmente é ator social também, haja vista o entendimento de que há um espaço de responsabilidade de cada indivíduo sobre seu estado de saúde, tomado este como o conceito positivo abordado, sob pena de não fazer sentido apregoar-se qualquer autonomia para as pessoas.

Assume-se a afirmação de Michel Foucault, de que a prática política transforma as condições de surgimento, de inserção e de funcionamento do modo de existência do discurso médico (Arouca, 1975). A ciência e o saber não definem, entre si, uma relação de substituição, exclusão ou justaposição, porém, a "(...) ciência se inscreve e funciona no elemento do saber". Neste ponto Michel Foucault[115] (*apud* Arouca, 1975: 45) estabelece as relações da ideologia com o discurso científico, definindo "(...) o funcionamento ideológico das ciências articuladas onde a ciência se recorta sobre o saber".

A promoção da saúde (Kickbusch, 1994) não tem apenas tentado concretizar as propostas das conferências internacionais, mas permanece em movimento, desafiando, ajustando e continuando a mover-se para frente, por meio de uma ampla extensão de iniciativas por todo o mundo, envolvendo os elaboradores de políticas públicas, médicos generalistas, acadêmicos, grupos comunitários e ativistas. Os elementos ecológicos têm sido fortalecidos, os temas econômicos têm sido colocados sob análises mais acuradas e o pensamento organizacional tem se movido para o centro da cena.

O mais importante de tudo, em muitos casos, é o fato de a discussão sobre promoção da saúde ter deslocado o debate sobre política de saúde das margens para o centro.

> No âmbito geral, a Promoção da Saúde veio para representar um conceito unificado para aqueles que reconhecem a necessidade de mudar os modos e condições de vida, com vistas a promover saúde. A Promoção da Saúde representa uma estratégia de mediação entre as pessoas e seus ambientes, sintetizando a escolha pessoal e a responsabilidade social na saúde para criar um futuro saudável. (WHO, 1984)

O *stress*, a competição, o estímulo ao consumo, o ritmo alucinante da vida moderna, a insegurança das grandes cidades, a corrupção político-social, os fatos instantaneamente conhecidos e sem perspectiva de solidariedade entre

[115] Ver Foucault (1972).

as nações, tudo isso é fator de adoecimento. A crescente carga de doenças mentais e o reconhecimento da magnitude dos problemas de saúde mental, como a depressão, o suicídio, as adicções, o abuso e a violência, exigem uma ação urgente das autoridades sanitárias e dos líderes comunitários.

A sociedade está enferma e a pessoa dentro dela é muito pequena para ultrapassar estas pressões ordenadas, no entanto, a atual proposta da OMS, em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, pelo menos sinaliza para uma possibilidade de trabalho conjunto, entre estados-membros e OMS/Opas em prol da melhora da situação de saúde das populações.

A promoção da saúde, portanto, como imagem objetivo de uma proposta de qualidade de vida tem desenvolvido seu papel de propiciar os debates necessários para um reordenamento da saúde pública, numa perspectiva sob a qual os governos e a sociedade civil assumam suas responsabilidades.

Anexo

Quadros Demonstrativos das Variáveis da Promoção da Saúde Estudadas em Países Desenvolvidos Selecionados

Quadro 1 – Tipo de sistema em relação à APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Tipo de Sistema	Sem compromisso com a APS/ não regulado	Parcialmente não regulada com incentivos para APS	Sem compromisso com a APS/Não regulado	APS regulada, Política Nacional de Saúde atuante	APS regulada, Política Nacional de Saúde atuante	Não regulado; existem aproximadamente 20% de Organizações de Manutenção da Saúde (HMO)*, 50% com atenção orientada ao mercado; 30% de outros tipos	APS regulada. sistema Público, com base no centro de saúde, com setor privado substantivo	Sem compromisso com a APS/ não regulado	APS regulada, Política Nacional de Saúde atuante	APS regulada, Política Nacional de Saúde atuante	APS regulada. Sistema com centros de saúde, ainda que faltem médicos generalistas em algumas áreas urbanas e rurais

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.
*Em inglês Health Maintenance Organization (Organizações de Manutenção da Saúde).

Quadro 2 – Financiamento em relação à APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Finan-ciamento	Seguridade Social com contribuição do empregado, sem relação com a renda	Seguro nacional de saúde com base em impostos	Seguridade social, universal de 98%; contribuições empregado/ empregador de 52%	Universal, com base em impostos	99% com base nos impostos	16% não cobertos, 32% em determinados períodos do ano	100% através dos impostos	100%; com 65% através do seguro social empregado/ empregador	70% da população no sistema 'público', sistema de seguro social empregador/ empregado; 30% com seguro privado; 100% no programa para catástrofes, com base nos impostos.	100% através dos impostos	100% através dos impostos

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 3 – Tipo de profissional que atua na APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Tipo de profissional que atua na APS	Médicos generalistas, mas especialistas também atendem	Médicos generalistas	Médicos de família	Médicos de família/ generalistas	Médicos de família/ generalistas e pediatras	Médicos de família/ generalistas; internistas generalistas e pediatras	Médicos de família/ generalistas	Médicos de família/ generalistas e especialistas, principalmente ginecologistas e pediatras para a atenção preventiva às crianças	Generalistas; enfermeiras, parteiras e fisioterapeutas, profissionais independentes	Médicos de família/ generalistas	Médicos de família/ generalistas

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 4 – Atuação de especialistas na APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
% de especialistas que atuam na APS	81% de especialistas	Mais generalistas que especialistas	46 % de especialistas	75%, incluindo os que atuam na comunidade, com acesso direto	63% de especialistas	61%, se medicina interna geral e pediatria forem contados como APS; mais de 80% se não	de 63% a 68% de especialistas	50% de especialistas	67% de especialistas	40% de especialistas	90% de especialistas

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 5 – Relação entre honorários dos generalistas e especialistas na APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Relação entre honorários dos generalistas e especialistas na APS	1,4 no atendimento ambulatorial e maior discrepância nos outros âmbitos do sistema de saúde	Em torno de 1 para 2	Não disponível	Relação de 1:1	Aproximadamente equivalente	Relação de 0,6-0,7	Relação de 1:1	Relação de 1:2	Relação de 2:3	Relação de 1:1	Maior que 1

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 6 – Existência de Copagamentos pelos pacientes na APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Existência de copagamentos pelos pacientes atendidos	Por determinados serviços, exceção para os de baixa renda	Médicos recebem diretamente, pacientes não pagam, em caso de copagamentos é baixo	Alta em torno de 25%, exceto 10% para grupos vulneráveis	Baixa	Não há exigência para copagamentos	Alta, 20% a mais das deduções, menos no caso das organizações de manutenção da saúde	Substancial, $17-$20 ou 50 marcos para as três primeiras consultas num ano, exceto crianças e idosos	Alta, 30% do programa de taxas combinado e acréscimo na cobrança são comuns; exceto baixa renda	Nenhuma para pacientes públicos, que são 70%	Não há copaga-mento	Sim, com um máximo para um ano, atenção gratuita para crianças e adolescentes

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 7 – Existência de cadastro de pacientes na APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Existência de cadastro de pacientes	Não. Cartões com chips vinculam o paciente por três meses	Não	Não	Sim	Sim	Sim, nas HMO;* em algumas outras atenções orientadas ao mercado e não em outras	Somente um terço dos médicos generalistas utilizam cadastro	Não. Algumas propostas para instituir registros	Sim. Tamanho médio do cadastro de 2.350 pacientes. Em grupos, o cadastro pode ser a listagem do grupo	Sim	Não

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 8 – Exigências para cobertura 24 Horas na APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Exigências para cobertura 24 horas	Médicos locais dividem a cobertura	Parte da obrigação social e serviços substitutos	Nenhuma	Sim, obrigação legal de funcionamento	Existem em áreas rurais. O serviço é delegado nas áreas urbanas e há grande número de atendimentos nos serviços de emergência	Sim nas HMO	Sim, pelos médicos nos centros de saúde	Moderada (obrigação social)	Sim, por obrigação legal	Sim, obrigação legal	Nenhuma

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 9 – Força dos departamentos acadêmicos de medicina da família

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Força dos departamentos cadêmicos de medicina da família	Alguns Departamentos são fortes	Moderada	Não é uniforme no país, moderada	Tão fortes quanto os outros departamentos	Pouca prioridade ou prestígio na educação e treinamento dos médicos	Alguns são excelentes	Tão fortes quanto os outros departamentos	Pouca prioridade ou prestígio na educação e treinamento dos médicos	Tão fortes quanto os outros departamentos	Tão fortes quanto os outros departamentos	A força não é uniforme no país

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 10 – Organização da APS/promoção da saúde por área geográfica definida

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
APS organizada por área geográfica definida	Não	Não	Sem informação	Sim, com raio de 10 Km	Sim, os centros de saúde têm, sob sua responsabilidade, de 5.000 a 25.000 habitantes	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 11 – Unidade mais comum para a prática de APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Unidade mais comum para a prática de APS	Consultório individual	Unidade isolada	Consultórios individuais de médicos generalistas	Unidade isolada, 33%; em grupo, 49%.	Centros de saúde em áreas reformadas	Geralmente grupos de profissionais, especialmente atendendo individualmente e com múltiplas especializações	Centros de saúde que realizam 55% de todas as consultas	Unidade isolada, 80%.	54% em consultório individual e o restante em pequenos grupos	Grupos, 75% dos médicos generalistas trabalham em unidades de três ou mais	Centros de saúde, ainda que médicos generalistas independentes sejam pagos através do seguro social e dos conselhos dos condados

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 12 – Reembolso dos médicos da APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Reembolso dos médicos de APS	Taxa por serviços	Taxa por serviço e taxa extra é permitida, sendo cobrada por 20% dos médicos	Taxa do serviço pelo paciente com reembolso parcial; exceto baixa renda. Taxa negociada: o médico não está vinculado a ela, conta extra é permitida.	Cerca de ¼ de capitação (pagamento pelas pessoas atendidas), ¾ de taxas por serviço; mas não para a prevenção	Salário e alguns utilizam a capitação	A maioria ainda cobra taxas pelo serviço.	Salário e taxa de serviço por hora extra em 60%; capitação e taxa de serviços por hora extra, os outros 40%	Taxa por serviço (há mais de 4.000 serviços reembolsáveis), um terço dos generalistas atende em hospitais e 15% trabalham em centros de saúde; ambos são assalariados.	Capitação para pacientes 'públicos' com 2/3 e taxa de serviço com 1/3.	Capitação mais taxas para pequenas cirurgias, imunizações, visitas domiciliares noturnas, serviços de contracepção, atenção à maternidade, exame de Papanicolau, vigilância da saúde infantil, entre outras	Salário

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 13 – Reembolso por especialistas na APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Reembolso por especialistas	Taxa por serviço	Taxa por serviço	Taxa por serviço	Taxa por serviços na comunidade; salário em hospitais	Salário nos hospitais; salário nos atendimentos ambulatoriais, que são parte do serviço hospitalar.	A maioria por taxa de serviço, salário e bonificação nas organizações acadêmicas	Salário, mas no setor privado pagamento substancial por taxa de serviço paga pelo paciente; 40% das consultas particulares são encaminhadas pelo setor público	Taxa por serviço, exceto em hospitais, pois recebem salário	Salário desde 1995	Salário	Salário

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 14 – Atenção dos generalistas para pacientes hospitalizados na APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Atenção dos generalistas para pacientes hospitalizados	Não	Não	Não	Não	Não	Variável	Não, mas a maioria dos centros de saúde possuem leitos para atenção crônica/asilo	Não	Não	Não	Não

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 15 – Especialistas restritos aos hospitais na APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Especialistas restritos aos hospitais	Sim	Não	Não	Sim, exceto oftalmologista e otorrinolaringologistas e especialistas "midi" (cirurgias de ambulatório, alguns exames invasivos)	Não	Não	No setor público, 70%; no setor privado, ocorre com os demais 30%. Especialistas dos hospitais públicos trabalham em outros horários no setor privado	Não	Sim	Sim	Não. Alguns trabalham nos centros de saúde

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 16 – APS como primeiro contato na promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
APS como primeiro contato	Não	Sim, acesso a especialistas com encaminhamento da atenção primária	Não	Sim, com acesso direto a oftalmologia e otorrinolaringologia	Sim, mas com livre acesso a pediatras e oftalmologistas	Sim nas HMO; variável nas atenções orientadas ao mercado; não nas demais	Sim, no setor público, apenas 25% das pessoas qualquer paciente pode ir a um médico particular e pedir um encaminhamento para um hospital	Não	Sim, tanto no setor público quanto no privado	Sim, exceto para doenças sexualmente transmissíveis	Não. Os pacientes podem ir diretamente aos ambulatórios de hospitais, mas estão estudando o estabelecimento de uma ‘porta de entrada’

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 17 – Adscrição da população na APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Longitudinalidade/ Adscrição da população	Não existe	Pode ou não existir, é variável	Não existe	Sim, definida pelo atendimento do médico	Forte associação com o médico individual de atenção primária	Variável com tendência à diminuição	Moderada A escolha do médico é limitada, mas possível. Tem melhorado devido ao aumento de pessoas cadastradas em 36%	Maioria dos pacientes pode escolher seu médico generalista, buscam outra modalidade de atendimento	Sim	Sim	Não

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 18 – Integralidade da atenção na APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Integralidade da atenção	Não há oferta da maioria dos serviços pela unidade	Existente como rotina, no entanto não cobre a maioria dos serviços	Atenção preventiva para menores de 5 anos e relacionada às ações gerais de saúde pública	Alta. Serviços preventivos desenvolvidos; com ótima relação com as enfermeiras comunitárias	Moderada. Pouca na ginecologia e em pequenas cirurgias	Variável, com aumento da atenção preventiva nas HMO; cobertura global com tendência a diminuir para as exclusões de cobertura financeira	Variação extensiva, com excelente variedade de serviços	Não há integração entre a atenção preventiva e a clínica geral	Prevenção e clínica separadas, com atenção primária abrangente, extenso trabalho em equipe	Serviços prestados com ampla variedade	Demandas por alta produtividade estão diminuindo a variedade dos serviços

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 19 – Coordenação na APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Coorde-naçao	Ausência de diretrizes para transferência de informações sobre os pacientes	É débil entre os médicos generalistas e os especialistas	Ausência de diretrizes para transferência de informações sobre os pacientes	Moderada boa relação com especialistas e enfermeiras ambulatoriais, mas baixa comunicação com especialistas de hospitais	Baixa qualidade da comunicação	É variável com predomínio para débil	Sem direção formal, fraca com os especialistas e boa na atenção de longo prazo	Não há trocas de informações entre generalistas e especialistas	Fraca. As carteiras de saúde que os pacientes trazem são solicitadas pelos médicos, no entanto raramente eles escrevem nelas	Fraca com especialistas/ pacientes internados, com tendência de melhora	Ausência de diretrizes para o repasse de informações sobre os pacientes

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 20 – Centralização na família na APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Centralização da família	Não é centrada na família	Sim, responsabilidade sobre a saúde da família	Não é centrada na família	Alta, crianças e pais com mesmos médicos	Boa, o cadastro inclui os membros da família	Boa em relação aos médicos de família; ruim para os outros médicos; fraca no geral	Débil	Fraca	Sim	Sim, com responsabilidade explicitada sobre a família	Alta

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 21 – Participação da comunidade no planejamento da APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Orientação para a comunidade/ inclusão da participação da comunidade no planejamento da APS	Inexiste participação da comunidade	Uso de dados clínicos para priorizar ações e/ ou não utilização destes para organizar os serviços	Inexiste participação da comunidade	Moderada, uso de dados clínicos para priorizar ações e/ ou não utilização destes para organizar os serviços	De débil a boa, dependendo do centro de saúde	Praticamente inexiste	Uso de dados dos serviços para o planeja-mento	Fraca	Fraca, exceto para as relações com as enfermeiras visitadoras e fisiote-rapeutas	Alta, com relatório de dados e assumindo a necessidade de estudar as comunidades	Os centros de atenção primária são responsáveis por muitos aspectos da saúde pública. Bons dados comunitários a respeito da morbidade

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Referências

ABBAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ACKERMAN, F. Consumed in theory: alternative perspectives on the economics of consumption. *Journal of Economic Issues*, 31(3): 651-664, 1997.

ACKERNECHT, E. *Rudolf Virchow*. New York: Arno Press, 1981.

ADAM, P. & HERZLICH, C. *Sociologia da Doença e da Medicina*. São Paulo: Edusc, 2001.

ALBUQUERQUE, M. M. *Pequena História da Formação Social Brasileira*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

ALMEIDA, C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4): 905-925, 2002.

ALMEIDA, C. O SUS que queremos: sistema nacional de saúde ou subsetor público para pobres? Debatedores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 346-369, 2003.

ALMEIDA, E. S. de. *Contribuição à Implantação do Sistema Único de Saúde/SUS: estudo do processo com a estratégia da Norma Operacional Básica 01/1993*, 1995. Tese para o Concurso de Livre Docência, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

ANDERSEN, R. & ADAY, L. A. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. *In*: WHITE, K. *et al.* (Eds.). *Investigaciones sobre Servicios de Salud: una antología*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1992. (Publicación Científica, n. 534)

ANDERSON, O. W. Aspectos sociales e institucionales de la atención médica. comparación crítica de los sistemas de servicios de salud de los Estados Unidos de América y de otros países. *In*: WHITE, K. *et al.* (Eds.). *Investigaciones sobre Servicios de Salud: una antologia*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1992. (Publicación Científica, n. 534)

ANDRIOLI, G. & TRINCIA, G. Legacies. Padua: the renaissance of human anatomy and medicine. *Neurosurgery*, 55(4): 746-755, 2004.

ARMSTRONG, R. A. Notes for an address at Washington journalism seminar. S.l.: fev. 1975. (Mimeo.)

AROUCA, S. O *Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*, 1975. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 331-345, 2003.

ARROW, K. Invaluable goods. *Journal of Economic Literature*, 35(2): 757-765, 1997.

AYRES, C. *Toward a Reasonable Society*. Austin: The University of Texas Press, 1961.

BADGLEY, R. F. Health promotion and social change in the health of Canadians. *In*: PEDERSON, A.; O'NEILL, M. & ROOTMAN, I. (Eds.). *Health Promotion in Canada: provincial, national & international perspectives*. Toronto: W.B. Saunders Canada, 1994.

BANCO MUNDIAL (BIRD). *Relatório de Desenvolvimento Mundial, Investindo em Saúde*, 1993. Disponível em: <www.wds.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64193027&piPK=64187937&theSitePK=523679&menuPK=64187510&searchMenuPK=57313&theSitePK=523679&entityID=000009265_3980625172954&searchMenuPK=57313&theSitePK=523679>.

BANERJI, D. A fundamental shift in the approach to international health by WHO, Unicef and the World Bank. *Journal of Health Service*, 29: 227-259, 1999.

BARBOSA, A. M. *A Imagem no Ensino da Arte*. São Paulo: Perspectiva, 1991.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977.

BAUM, F. E. & SAUNDERS, D. Can health promotion and primary health care achieve health for all without a return to their more radical agenda? *Health Promotion International*, 10(2): 149-160, 1995.

BEAGLEHOLE, R. & BONITA, R. Public health at the crossroads: which way forward? *The Lancet*, 351(9.102): 590-592, 1998.

BEAGLEHOLE, R. & BONITA, R. Reinvigorating public health. *The Lancet*, 356(9.232): 787-788, 2000.

BECK, U.; GIDDENS, A. & LASH, S. *Modernização Reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. Tradução de Magda Lopes. São Paulo: Editora Unesp, 1995.

BERLINGUER, G. *Medicina e Política*. São Paulo: Hucitec, 1978.

BERLINGUER, G. A equidade na saúde. *In*: BERLINGUER, G. *Ética da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

BERRIDGE, V. History in public health: who needs it? *The Lancet*, 356(9.245): 1.923-1.925, 2000.

BIJMLMAKERS, L. A.; BASSETT, M. T. & SANDERS, D. M. *Socioeconomic Stress, Health and Child Nutritional Status in Zimbabwe at a Time of Economic Structural Adjustment: a three year longitudinal study*. Uppsala: Nordiska Afrika Institutet, 1998. (Research Report n. 105)

BLANCO, A. Max Weber in Argentine sociology (1930-1950). *Dados*, 47(4): 669-701, 2004.

BLENDON, R. *et al.* Spain's citizens assess their health care system. *Health Aff*, 10(3): 216-228, 1991.

BLENDON, R. *et al*. Satisfaction with health systems in ten nations. *In*: STARFIELD, B. (Ed.). *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

BLOCK, F. Deconstructing capitalism as a system. Davis: University of California, 1999. (Mimeo.)

BOBBIO, N. *Dicionário de Política*. 8. ed. 2v. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1983.

BODSTEIN, R. C. É preciso avançar o pensamento crítico e criativo. Debatedores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1): 20-47, 2001.

BODSTEIN, R. C. Democracia e cidadania: notas para um debate sobre direito à saúde. Debatedores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1): 19-22, 2003.

BOGUS, C. M. & SACARDO, D. P. Municípios e comunidades saudáveis: guia dos prefeitos para promover qualidade de vida da Organização Pan-Americana da Saúde. *Bis*, 32: 15, 2004.

BOISVERT, V. & CARON, A. The convention on biological diversity: an institutionalist perspective of the debates. *Journal of Economic Issue*, 36(1): 151-166, 2002.

BOLAND, R. G. & YOUNG, M. E. The strategy, cost and progress of primary health care. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 16(3): 233-241, 1982.

BOULDING, K. *Economics as a Science*. New York: McGraw Hill, 1970.

BOURDIEU, P. O *Poder Simbólico*. Lisboa, Rio de Janeiro: Difusão Editorial, Bertrand Brasil, 1989. (Colecção Memória e Sociedade)

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 3, 1963, Rio de Janeiro, RJ. Anais... Brasília: Ministério da Saúde, 1963.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto BRA 98/006. *Promoção da Saúde: um novo modelo de atenção. Documento de projeto programa de desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD); promoção da saúde*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11, 2000, Brasília. *Anais...* Brasília, dez. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto Promoção da Saúde. Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México*. Ed. Port./Ing. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília, 2002. (Mimeo.)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro de Estado da Saúde. Portaria n. 1.190, de 14 jul. 2005. Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro de Estado da Saúde. Portaria n. 687, de 30 mar. 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <www.portalweb05.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_espelho_pr_imp_consulta.cfm?id=4020023&cab=Cod%20Int%20=%204020023&origem=leg_norma_espelho>. Acesso em: 23 jun. 2006.

BRAVEMAN, P.; STARFIELD, B. & GEIGER, H. World health report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy. *BMJ*, 323: 678-681, 2001.

BRINKMAN, R. Toward a culture-conception of technology. *Journal of Economic Issues*, 31(4): 1.027-1.038, 1997.

BRUGHA, R. & ZWI, A. Improving the quality of private sector delivery of public health services: challenges and strategies. *Health Policy Plan*, 13: 107-120, 1998.

BUCHANAN, J. *Constitutional Economics*. London: Basil Blackwell, 1991.

BURLANDY, L. & BODSTEIN, R. C. A. Política e saúde coletiva: reflexão sobre a produção científica (1976-1992). *Cadernos de Saúde Pública*, 14(3): 543-554, 1998.

BUSE, K. & GWIN, C. The World Bank and global cooperation in health: the case of Bangladesh. *The Lancet*, 351(9.103): 665-669, 1998.

BUSS, P. M. & GADELHA, P. Fundação Oswaldo Cruz: experiência centenária em biologia e saúde pública. *São Paulo em Perspectiva*, 16(4): 73-83, 2002.

BUSS, P. M. & IGNARRA, R. M. *Promoção da Saúde: um novo paradigma mundial para a saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. (Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá)

CANADA. Public accounts, 1919-1977. Ottawa, s.d. (Mimeo.)

CANADA. *Proceedings of the Meeting of Provincial Directors and Consultants in Health Education*. Winnipeg: Department of National Health and Welfare, 1973.

CANADA. Información de Canada: a new perspective on the health of Canadians. Ottawa, 1974. (A Working Document)

CANADA. *Health Field Indicators: Canada and provinces*. Toronto: Department of National Health and Welfare, 1976.

CANADA. *Summary of Projects Approved January 1974 to March 1977*. Ottawa: Department of National Health and Welfare, National Health Research and Development Program, 1978a.

CANADA. *Dialogue on Drinking: briefing paper*. Ottawa: Department of National Health and Welfare, 1978b.

CANADA. *City of Toronto: health inequalities in the city of Toronto*. Toronto: Department of Public Health, 1991.

CANADA. Canadian Institute for Health Information (CIHI). Health care in Canada, 2001. Disponível em: <www.cichi.ca>. Acesso em: 09 maio 2005.

CANESQUI, A. M. Debatedores. Saúde coletiva, sujeito e sociedade: comentários sobre uma proposta. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1): 20-47, 2001.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CANGUILHEM, G. History and theory of medicine: a vital rationalist, selected writings from Georges Canguilhem. *The Journal of the American Medical Association*, 272(4): 321 1994.

CARLSON, M. Mirowiski's thesis and the integrability problem. *Journal of Economics Issues*, 31(3): 741-760, 1997.

CARONE, E. *Revoluções do Brasil Contemporâneo: 1922-1937*. São Paulo: Difel, 1977.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3): 669-678, 2004.

CARVALHO, S. R. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec, 2005. (Saúde em Debate, 163)

CASTEL, R. From dangerousness to risk. *In*: BURCHELL, G., GORDON, C. & MILLER, P. (Eds.). *The Foucault Effect: studies in Governamentality*. Londres: Harverster-Wheatsheaf, 1991.

CASTIEL, L. D. Uma saúde pública molecular? *Cadernos de Saúde Pública*, 10(3): 285-319, 1994.

CASTRO, A. M. A institucionalização da promoção da saúde no Sistema Único de Saúde. *Uipes/Orla*, 10(2), ano VII: 1, 2005.

CASTRO, R. C. F. *Comunicação Científica na Área de Saúde Pública: perspectivas para a tomada de decisão em saúde baseada em conhecimento*, 2003. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

CHAMPLIN, D. & KNOEDLER, J. Operating in the public interest or in pursuit of private profits? News in the age of media consolidation. *Journal of Economic Issues*, 36(2): 459-468, 2002.

CHAMPLIN, D. & KNOEDLER, J. Whiter or wither, the good society? *Journal of Economic Issues*, 36(2): 459-468, 2005.

CHANG, H-J. *The Political Economy of Industrial Policy*. London and Basingstoke: Macmillan, 1994a.

CHANG, H-J. State, institutions and structural change. *Structural Change and Economic Dynamics*, 5(2): 293-313, 1994b.

CHANG, H-J. & ROWTHORN, R. Introduction. *In*: CHANG, H-J. & ROWTHORN, R. (Eds.). *Role of the State in Economic Change*. Oxford: Oxford University Press, 1995.

CHANG, H-J. Breaking the mould: an institutionalist political economy alternative to the neo-liberal theory of the market and the state. *Cambridge Journal of Economics*, 26(5): 539-559, 2002.

CHARLES, C. & BADGLEY, R. Health and inequality: Unresolved policy issues. *In*: YELAGA, S. (Ed.). *Canadian Social Policy.* Waterloo: Wilfrid Laurier University Press, 1987.

COASE, R. The new institutional economics. *American Economic Review*, 88(2): 72-74, 1998.

COBURN, D. *et al.* Population health in Canada: a brief critique. *American Journal of Public Health*, 93(3): 392-396, 2003. (Critical Social Science and Health Group)

COHEN, J. Countries'health performance. *The Lancet*, 358(9.285): 929-929, 2001.

COHN, A. Dialogando com os colegas. Debatedores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1): 30-32, 2003a.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1): 9-18, 2003b.

COLANDER, D. Are institutionalists an endangered species? *Journal of Economic Issues*, 37(1): 111-122, 2003.

COLLINS, R. Religious economy and the emergence of capitalism in Japan. *American Sociological Review*, 62(6): 843-865, 1997.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 14(2): 343-362, 2004.

COSTA, N. R. *Lutas Urbanas e Controle Social*. Petrópolis: Vozes, 1985.

COSTA, V. Federalismo. *In*: AVELAR, L. & CINTRA, O. (Orgs.). *Sistema Político Brasileiro*. São Paulo: Editora Unesp, Fundação Konrad Adenauer, 2004.

COWLEY, J. Cuando la Promoción de la Salud funciona, la oposición empieza: una opinión personal. *In*: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.

Promoción de la Salud: una antología. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1996. (Publicación Científica, n. 557)

CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DAILY, G. (Ed.). *Nature's Services: societal dependence on natural ecosystems*. Washington: Island Press, 1997.

DALLARI, S. G. & FORTES, P. A. C. Direito sanitário: inovação teórica e novo campo de trabalho. *In*: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997.

DAVIDSON, A. & EKELUND, R. JR. Can entrepeuneurship be 'unproductive'? Towards an evolutionary interpretation. *Review of Social Economy*, 52(4): 266-279, 1994.

DE GREGORI, T. Resources are not; they become an institutional theory. *Journal of Economic Issues*, 21(3): 1.241-1.263, 1987.

DEANE, P. *The State and the Economic System*. Oxford: Oxford University Press, 1989.

DICKINSON, M. J. Neustadt, new institutionalism, and presidential decision making: a theory and test. *Presidential Studies Quarterly*, 35(2): 259-288, 2005.

DONABEDIAN, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. *In*: ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD (OPAS). *Investigaciones sobre Servicios de Salud: una antología*. Washington: Organización Pan-Americana de la Salud, 1992. (Publicación Científica, n. 534)

DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade.* São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DORE, R. Goodwill and the spirit of market capitalism. *In*: GRANOVETTER, M. & SWEDBERG, R. (Eds.). *The Sociology of Economic Life*. Boulder: Westview Press, 1992.

DRAIBE, S. O *welfare state* no Brasil. O *welfare state* brasileiro em perspectiva. *In*: DRAIBE, S. Características e perspectivas. *Cadernos de Pesquisa*, (8): 32-52, 1993.

DROR, Y. *A Capacidade para Governar: informe ao clube de Roma*. São Paulo: Edições Fundap, 1999.

DUARTE, C. M. R. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2): 443-463, 2000.

DUGGER, W. The nature of capital accumulation and technological progress in the modern economy. *Journal of Economic Issues*, 18: 799-823, 1984.

DUGGER, W. & SHERMAN, H. Institutionalist and Marxist theories of evolution. *Journal of Economic Issues*, 31(4): 991-1.010, 1997.

ECO, U. *Como se Faz uma Tese*. 12. ed. São Paulo: Perspectiva, 1995.

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo em Perspectiva*, 18(3): 41-46, 2004.

ELIAS, P. E. A utilização da noção de equidade na alocação de recursos em tempos do pensamento (neo) liberal: anotações para o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2): 289-292, 2005.

ELLERMAN, D. *Helping Others to Help Themselves: the challenge of autonomy-compatible development assistance*. Washington: The World Bank, 1996. (Mimeo.)

EPP, J. Lograr la salud para todos: un marco para la Promoción de la Salud. *In*: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promoción de la Salud: una antología.* Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1986. (Publicación Científica, n. 557)

EVANS, P. *Embedded Autonomy-States and Industrial Transformation*. Princeton: Princeton University Press, 1995.

EVANS T. *et al. Challenging Inequities in Health: from ethics to action*. New York: Oxford University Press, 2001.

FAORO, R. *Os Donos do Poder: formação do patronato brasileiro*. 10. ed. 2v. São Paulo: Globo, Publifolha, 2000. (Série Grandes Nomes do Pensamento Brasileiro).

FARIA, L. R. de. Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920). *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 5(1): 109-127, 1995.

FERLA, A. A. & JAEGER, M. L. Equilíbrio e ousadia: desafios atuais à gestão do SUS. Debatedores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 346-369, 2003.

FERNANDES, F. *A Revolução Burguesa no Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

FERNANDEZ, J. C. & MENDES, R. *Subprefeituras da Cidade de São Paulo e Políticas Públicas para a Qualidade de Vida*. São Paulo: Cepedoc, 2003.

FERREIRA, A. B. de H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa.* 2. ed. rev. e aumen. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, J. R. A promoção da saúde: entre Alma-Ata e a Carta de Ottawa. *In*: CONFERÊNCIA REGIONAL LATINO-AMERICANA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, 2002, São Paulo. (Mimeo.)

FIGART, D. M. Labor market policy: one institutionalist's agenda. *Journal of Economic Issues*, 37(2): 315-323, 2003.

FONSECA, C. M. O. Repensando o papel do Estado diante da saúde pública contemporânea. *In*: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997.

FORD, N. *et al.* The role of civil society in protecting public health over commercial interests: lessons from Thailand. *The Lancet*, 363(9.408): 560-563, 2004.

FOUCAULT, M. *A Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1972.

FOUCAULT, M. Origens da medicina social. *In*: CONFERÊNCIA PROFERIDA POR OCASIÃO DA SÉRIE DE PALESTRAS SOBRE A HISTÓRIA SOCIAL DA MEDICINA, 2, out.-nov. 1974, Rio de Janeiro. *Anais*... Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1974. (Mimeo.)

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FRANCO, G. A. Las políticas públicas en salud al final del siglo. *Revista de Saúde Pública*, 2(3): 220-232, 2000.

FRANK, R. The political economy of preference falsification: Kuran's private truths, public lies. *Journal of Economic Literature*, 34(1): 115-123, 1996.

GAMBLE, A. *The Free Economy and the Strong State: the politics of thatcherism*. London, Basingstoke: Macmillian, 1988.

GIDDENS, A. *As Conseqüências da Modernidade*. São Paulo: Editora Unesp, 1991.

GIDDENS, A. *A Terceira Via: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia*. São Paulo: Record, 2001.

GIDDENS, A. *Modernidade e Identidade.* Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

GIDDENS, A. & TURNER, J. (Orgs.). *Teoria Social Hoje*. São Paulo: Editora Unesp, 1999.

GIOVANELLA, L. & FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. *In*: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996. (Parte III)

GIOVANELLA, L. *et al.* Equidade em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 49(50): 13-22, 1995-1996.

GONÇALVES, A. M. *et al. Proposta de um Plano de Ações de Promoção da Saúde a Ser Desenvolvido pela Fundação Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Comed, 1997.

GORDON, W. *Institutional Economics: the changing system*. Austin: The University of Texas Press, 1980.

GRANOVETTER, M. The old and the new economic sociology: a history and an agenda. *In*: FRIEDLAND, R. & ROBERTSON, A. F. (Org.). *Beyond the Marketplace: rethinking economy and society.* New York: Aldine De Gruyter, 1990.

GRANOVETTER, M. & SWEDBERG, R. *The Sociology of Economic Life*. Boulder: Westview Press, 1996.

GRAY, J. *False Dawn: the delusions of global capitalism*. London: Granta, 1998.

GREIF, A. Historical and comparative institutional analysis. *American Economic Review*, 88(2): 80-84, 1998.

GRUCHY, A. *The Reconstruction of Economics*. New York: Greenwood Press, 1987.

GUIMARÃES, M. A. As *Conferências Internacionais da Promoção da Saúde e Contribuições para a Formação em Saúde Pública no Brasil: a faculdade de saúde pública como lócus de estudo*, 2002. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

GUIMARÃES, R. Política de ciência, tecnologia e inovação em saúde, 2006. Disponível em: <www.comciencia.br/reportagens/2004/08/09.shtml>. Acesso em: 14 abr. 2006.

HAMLIN, C. History. *Jama*, 286(22): 2.878-2.879, 2001.

HANCOCK, T. Lalonde and beyond: looking back at 'a new perspective on the health of Canadians'. *Health Promotion: An International Journal*, 1: 93-100, 1986.

HANCOCK, T. Health promotion in Canadá: did we win the battle but lose the war? *In*: PEDERSON, A.; O'NEILL, M. & ROOTMAN, I. (Eds.). *Health Promotion in Canada: provincial, national & international perspectives*. Toronto: W. B. Saunders Canada, 1994.

HAYDEN, F. G. Institutionalism for what? To understand inevitable progress for policy relevance. *Journal of Economic Issues*, 23(2): 633-645, 1989.

HILLS, M. Workshop for teachers of Health Promotion. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, VI, 2000, Salvador. *Tópico temático*... Salvador: Abrasco, Ensp/Fiocruz, CPHA, 2000.

HIRSCHMAN, A. Rival interpretation of market society: civilizing, destructive, or feeble? *Journal of Economic Literature*, 20(4): 1.463-1.484, 1982a.

HIRSCHMAN, A. *Shifting Involvements*. Princeton: Princeton University Press, 1982b.

HODGSON, G. The return of institutional economics. *In*: SMELSER, N. & SWEDBERG, R. (Eds.). *The Handbook of Economic Sociology*. Princeton: Princeton University Press, 1994.

HODGSON, G. The approach of institutional economics. *Journal of Economic Literature*, 36(1): 166-192, 1998.

HODGSON, G. Structures and Institutions: reflections on institutionalism, structuration theory and critical realism. Hertfordshire: The Business School, University of Hertfordshire, 2000. (Mimeo.)

HOFFMAN, K. The strengthening community health program: lessons for community development. *In*: PEDERSON, A.; O'NEILL, M. & ROOTMAN, I. (Eds.). *Health Promotion in Canada: provincial, national & international perspectives*. Toronto: W. B. Saunders Canada, 1994.

HOOGVELT, A. *Globalisation and the Post-Colonial World*. London: Macmillan, 1997.

HUBER, E. & DION, M. Revolution or contribution? Rational choice approaches in the study of Latin American politics. *Latin American Politics and Society*, 44(3): 1-28, 2002.

HUGHES, E. C. *Men and their Work*. Santa Bárbara: Greenwood Press, 1981.

HUNT, Paul. The right to health: from the margins to the mainstream. *The Lancet*, 360(9.348): 1.878, 2002.

HUNTINGTON, S. P. *O Choque das Civilizações e a Mudança na Ordem Mundial*. Lisboa: Gradiva, 1999.

HYNDMAN, B. *et al*. The evolution of Health Promotion. Health promotion in action: a review of effectiveness of health promotion strategies. *Centre for Health Promotion/ParticipACTION*, section 1-3, Toronto, 1998.

HYNDMAN, B. Planning, implementing and evaluating health promotion programs. *In*: ROOTMAN, I. *et al*. (Eds). *Evaluation in Health Promotion: principles and perspectives*. Newbury Park: Sage, 1993.

IANNI, O. *Estado e Planejamento no Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1971a.

IANNI, O. *O Colapso do Populismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1971b.

IANNI, O. Populismo e classes subalternas. *Debate e Crítica*, 1: 7-17, 1973.

IANNI, O. O Estado e a acumulação capitalista. *Debate e Crítica*, 3: 27-32, 1974.

IANNI, O. *A Formação do Estado Populista na América Latina*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.

ILLICH, I. Medical nemesis. London: Calder & Boyars, 1974.

JENKINS, D. J. A. Recent history: book reviews. *The New England Journal of Medicine*, 339(5): 2, 1998.

JOHNSON, C. *MITI and the Japanese Miracle*. Stanford: Stanford University Press, 1982.

JUMA, C. & CHEONG, L. Y. Reinventing global health: the role of science, technology, and innovation. Philadelphia. *The Lancet*, 365(9.464): 1.105-1.107, 2005.

KICKBUSCH, I. Promoción de la Salud: una perspectiva mundial. *In*: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promoción de la Salud: una antología*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1996a. (Publicación Científica, n. 557).

KICKBUSCH, I. El autocuidado en la promoción de la salud. *In*: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promoción de la Salud: una antología*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1996b. (Publicación Científica, n. 557)

KICKBUSCH, I. Introduction: tell me a story. *In*: PEDERSON, A.; O'NEILL, M. & ROOTMAN, I. *Health Promotion in Canada: provincial, national & international perspectives*. Toronto: W.B. Saunders Canada, 1994.

KING, D. *The New Right: politics, markets and citizenship*. London, Basingstoke: Macmillan, 1987.

KINNON, C. M. World trade: bringing health into the picture. *World Health Forum*, 19: 397-406, 1998.

KNIGHT, F. *On the History and Method of Economics*. Chicago: University of Chicago Press, 1958.

KOWARICK, L. Estratégias de planejamento social no Brasil. *Cadernos Cebrap*, 2: 1-137, 1971.

KRÜGER, T. R. O desconhecimento da Reforma Sanitária e da legislação do SUS na prática do Conselho de Saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, (22): 119-144, 2000.

KUHN, T. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1992.

LABONTÉ, R. Death of program, birth of metaphor: the development of health promotion in Canada. *In*: PEDERSON, A.; O'NEILL, M. & ROOTMAN, I. (Eds.). *Health Promotion in Canada: provincial, national & international perspectives*. Toronto: W. B. Saunders Canada, 1994.

LABONTÉ, R. & PENFOLD, S. Canadian perspectives in health promotion: a critique. *Health Education*, 19(¾): 4-9, 1981a.

LABONTÉ, R. & PENFOLD, S. *Health Promotion Philosophy: from victim-blaming to social responsibility*. Vancouver: Health Promotion Directorate, Western Regional Office, 1981b.

LALONDE, M. El concepto de 'campo de la salud': una perspectiva Canadense. *In*: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promoción de la Salud: una antología.* Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1996. (Publicación Científica, n. 557)

LALONDE, M. New perspective on the health of Canadians: 28 years later. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 12(3): 149-152, 2002. (Perspectivas de los héroes de la salud publica de la OPS/Perspectives from PAHO public health heroes).

LAMOUNIER, B. Formação de um pensamento político autoritário na Primeira República: uma interpretação. *In*: FAUSTO, B. (Org.). *O Brasil Republicano: sociedade e instituições (1889-1930).* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990. v. 2

LANIER, D. C. *et al.* Doctor performance and public accountability. *The Lancet*, 362(9.393): 1.404-1.408, 2003.

LAST, J. M. Achieving health for all. *Canadian Journal of Public Health*, 77(6): 384-385, 1986.

LAWSON, T. Institutionalism: on the need to firm up notions of social structure and the human subject. *Journal of Economic Issues*, 37(1): 175-207, 2003.

LE GRAND, D. J. Equidad, salud y atención sanitaria. *In*: SALUD Y EQUIDAD: JORNADAS DE ECONOMIA DE LA SALUD. ESPANHA, VIII, 1988.

LECLAIR, M. The Canadian health care system. *In*: ANDREOPOULOS, S. (Ed.). *National Health Insurance*. New York: Wiley and Sons, 1975.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 269-291, 2001.

LEVIN, D. M. Recent History: books, media, softwares. *Jama*, 272(4): 321, 1994.

LEWIN, S. Economics and psychology: lessons for our own day from the early twentieth century. *Journal of Economic Literature*, 34(3): 1.293-1.324, 1996.

LEWIS, A. Health as a social concept. Washington, 1987. (Mimeo.)

LOEVINSOHN, B. & HARDING, A. Buying results? Contracting for health service delivery in developing countries. *The Lancet*, 366: 676-681, 2005.

LUHMANN, N. *Social Systems*. Stanford: Stanford University Press, 1995.

LUPTON, D. *Risk*. Nova York: Routledge, 1999.

LUZ, M. T. *As Instituições Médicas no Brasil-Instituição e Estratégia de Hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

LUZ, M. T. *Medicina e Ordem Política Brasileira*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática-anos 80. *Phisis*, 1(1): 77-96, 1991.

LUZ, M. T. Burocracia, aparato estatal y sociedad civil a partir de políticas sociales en la sociedad brasileña: elementos para un analisis comparativo. *In*: FLEURY, S. M. T. (Org.). *Estado y Politicas Sociales en America Latina*. Rio de Janeiro, Xochimilco: Fiocruz/Ensp, Universidad Autonoma Metropolitana, 1992.

LUZ, M. T. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde da Década de 80. *In*: GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. (Orgs.). *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Abrasco, Uerj, Relume Dumará, 1994.

LUZ, M. T. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2): 293-312, 2000.

LUZ, M. T. Sobre as relações entre Estado e sociedade civil: transformações no campo da saúde a partir do referencial das ciências sociais. Debatedores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1): 27-30, 2003.

MACKIE, M. Perception of beneficial health behavior: smoking and exercise. *Canadian Journal of Public Health*, 66: 481-487, 1975.

MAGEE, B. *Los Hombres detrás de las Ideas: algunos creadores de la filosofia contemporânea*. México: Fondo de Cultura Econômica, 1993.

MAGRATH, I. Role of global civil society. *The Lancet*, 366(9.486):613-615, 2005.

MAHLER, H. El sentido de 'la salud para todos en el año 2000'. *Foro Mundial de la Salud*, 2(1): 5-25, 1981.

MAHOOD, G. Time to get tough on smoking. *Toronto Star*, Toronto, p. A8, nov. 1978.

MAHTRE, S. L. & DEBER, R. B. From equal access to health care to equitable access to health: a review of Canadian provincial health commissions and reports. *International Journal of Health Services*, 22: 645-668, 1992.

MÁLAGA, H.; ARANGO, J. I. & PAREDES, H. M. Focalización y priorización en la práctica de la promoción de la salud. *In*: RESTREPO, H. & MÁLAGA, H. (Orgs). *Promoción de la Salud: como construir vida saludable*. Bogotá: Médica Panamericana, 2000.

MANNHEIM, K. *Ideologia e Utopia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

MANSON-SINGER, S. The Canadian healthy communities project: creating a social movement. *In*: PEDERSON, A.; O'NEILL, M. & ROOTMAN, I. (Eds.). *Health Promotion in Canada: provincial, national & international perspectives*. Toronto: W. B. Saunders Canada, 1994.

MARMOT, M. G. *et al.* Health inequalities among British civil servants: the whitehall study. *The Lancet*, 337: 1.387-1.393, 1991.

MARTINS, L. *Nação e Corporação Multinacional*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

MATTOS, M. A. S. *Participação Popular ou Cidadania Regulada?. Movimentos populares pela saúde no Rio de Janeiro (1980-1988)*. Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1990.

MAUSS, M. *The Gift: forms and functions of exchange in Archaic Societies* [1925]. Trad. Ian Cunnison. New York: W.W. Norton, 1967.

MAUSS, M. A category of the human mind: the notion of person; the notion of self. *In*: CARRITHERS, M.; COLLINS, S. & LUKES, S. (Eds.). *The Category of the Person: anthropology, philosophy, history.* Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

MAUSS, M. & FAUCONNET, P. Sociologie. *Année Sociologique*, 30, 1901

McFARLING, B. R. The clarence ayres memorial lecture: an institutionalist reconstruction of culture. *Journal of Economic Issues*, 32(2): 339-352, 2004.

McKEOWN, T. & LÖWE, C. R. Introducción a la medicina social. México: Siglo XXI, 1984.

McMASTER, R. Institutional change in UK health and local authorities. *International Journal of Social Economics*, 26(12): 14, 1999.

McMICHAEL, A. J. & BEAGLEHOLE, R. The changing global context of public health. *The Lancet*, 356(9.228): 495-499, 2000.

McMICHAEL, A. J. & HAINES, A. Global climate change: the potential effects on health. *BMJ*, 315: 805-809, 1997.

McMICHAEL, A. J. & POWLES, J. W. Human numbers, environment, sustainability and health. *BMJ*, 319: 977-980, 1999.

McMICHAEL, A. J. *Planetary Overload: global environmental change and the health of the human species*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.

McQUEEN, D. Health promotion research in Canadá: a European/British perspective. *In*: PEDERSON, A.; O'NEILL, M. & ROOTMAN, I. *Health Promotion in Canada: provincial, national & international perspectives*. Toronto: W.B. Saunders Canada, 1994.

MEDEIROS, S. M. de & GUIMARAES, J. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3): 571-579, 2002.

MENDES, E. V. (Org.). *A Vigilância à Saúde no Distrito Federal*. Brasília: OPS, 1993. (Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde)

MENDIS, K. & SOLANGAARACHCHI, I. PubMed perspective of family medicine research: where does it stand? *Family Practice*, 22(5): 570-575, 2005.

MILLER, G. The impact of economics on contemporary political science. *Journal of Economic Literature*, 35(3): 1.173-1.204, 1997.

MINAYO, M. C. de S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1996.

MINAYO, M. C. de S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1): 7-19, 2001.

MORAN, B. T. History. *Jama*, 288(15): 1.915-1.917, 2002.

MOSSIALOS, E. Citizens'views on health care systems in the 15 member states of the European Union. *Health Economics*, (6): 109-116, 1997.

MOURA, C. *A Sociologia Posta em Questão*. São Paulo: Ciências Humanas, 1978.

MYRDAL, G. *The Political Element in Development of Economic Theory*. London: Routledge, Kegan Paul, 1953.

NAHUZ, C. dos S. & FERREIRA, L. S. *Manual para Normalização de Monografias*. 3. ed. São Luís: Edufma, 2002.

NAVARRO, V. A critique of the ideological and political position of the Brand report and the Alma-Ata declaration. *International Journal of Health Services*, 14(2): 159-172 1984.

NAVARRO, V. The world situation and World Health Organization. *The Lancet*, 363(9.417): 1.321-1.323, 2004.

NEE, V. Norms and networks in economic and organizational performance. *American Economic Review*, 88(2): 85-89, 1998.

NELSON, A. J. Confronting the science/value split: notes on feminist economics, institutionalism, pragmatism and process thought. *Cambridge Journal of Economics*, 27(1): 49-64, 2003.

NELSON, R. Evolutionary theorizing about economic change. *In*: SMELSER, N. & SWEDBERG, R. (Eds.). *The Handbook of Economic Sociology*. Princeton: Princeton University Press, 1994.

NORONHA, J. C. de & SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 445-450, 2001.

NUSSBAUM, M. C. & SEN, A. K. (Orgs.). *La Calidad de Vida*. México: Fondo de Cultura Económica, 1996.

NUTBEAM, D. Glosario de promoción de la salud. *In*: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promoción de la Salud: una antología.* Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1996. (Publicación Científica, n. 557)

NUTTON, V. The fatal embrace: galen and the history of ancient medicine. *Science in Context*, 18(1): 111-121, 2005.

O'NEILL, M. & PEDERSON, A. P. Building a methods bridge between public policy analysis and healthy public policy. *Canadian Journal of Public Health*, 83(2), sup. 1: 25-35, 1992.

O'NEILL, M. & PEDERSON, A. P. Two analitic paths for understanding Canadian developments in health promotion. *In*: PEDERSON, A.; O'NEILL, M. & ROOTMAN, I. (Eds.). *Health Promotion in Canada: provincial, national & international perspectives*. Toronto: W.B. Saunders Canada, 1994.

O'NEILL, M.; PEDERSON, A. & ROOTMAN, I. Beyond Lalonde: two decades of canadian health promotion. *In*: PEDERSON, A.; O'NEILL, M. & ROOTMAN, I. (Eds.). *Health Promotion in Canada: provincial, national & international perspectives*. Toronto: W.B. Saunders Canada, 1994.

O'NEILL, M.; PEDERSON, A. & ROOTMAN, I. Health promotion in Canada: declining or transforming? *Health Promotion International*, 15(2): 135-141, 2000.

OLIVEIRA, V. E. Política de saúde: as bases históricas da estruturação do SUS. *In*: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIA POLÍTICA/ABCP, ÁREA ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 4, jul. 2004, Rio de Janeiro. *Painel (3) ...* Rio de Janeiro: PUC, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Constituição*. Genebra: OMS, 1948.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Declaração de Alma-Ata*. Alma-Ata: OMS, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ottawa: OMS, 1986. Disponível em: <http://165.158.1.110/spanish/hpp/hppota.htm>. Acesso em: 13 maio 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Declaração de Adelaide.* Adelaide: OMS, 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. *Declaração de Sundsvall.* Sundsvall: OMS, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Declaração de Jacarta*. Jacarta: OMS, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Declaração do México*. OMS, Cidade do México, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *A Carta de Bangcok para a Promoção da Saúde num Mundo Globalizado*. Bangcok: OMS, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS/OMS). Plan regional de inversiones em ambiente y salud. *In*: CONSEJO DIRECTIVO DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 37; COMITÉ REGIONAL DE LA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Plano decenal de saúde pública para as Américas, 1972. *Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 72(5): 375-396, 1972.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)/MINISTÉRIO DA SAÚDE DA COLÔMBIA. *Declaração de Santafé de Bogotá*. Santafé de Bogotá: Opas, 1992.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS/OMS). *128ª Sesión del Comité Ejecutivo. Punto 4.10 del orden del día provisional*. Washington: Opas/ OMS, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS/OMS). *26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 54ª Sessão do Comitê Regional. Plano Estratégico 2003-2007 da Repartição Sanitária Pan-Americana. Tema 4.5 da agenda provisória*. Washington: Opas/OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS/OMS). *46º Conselho Diretor, 57ª Sessão do Comitê Regional. Ponto 4.3 da agenda provisória*. Washington: Opas/OMS, 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 45, Washington, 27 set.-out. 1993. *Anais*... Washington: Opas/OMS, 1993.

PAIM, J. S. Collective health and the challenges of practice. *In*: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *The Crisis of Public Health: reflections for the debate*. Washington: Opas, 1992. (Scientific Publication, n. 540)

PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. de. Saúde coletiva: uma 'nova saúde pública' ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, 32(4): 299-316, 1998.

PARSONS, T. Professions. *In:* International Encyclopedia of the Social Sciences, 1968, 12, p. 536

PEDERSON, A. P. *The Development of Health Promotion in Ontario*, 1989. Master's Thesis, Toronto, University of Toronto. (Mimeo.)

PEDERSON, A.; O'NEILL, M. & ROOTMAN, I. *Health Promotion in Canada: provincial, national & international perspectives*. Toronto: W. B. Saunders Canada, 1994.

PEDERSON, A. P. *et al. Co-ordinating Healthy Public Policy: an analytic literature review and bibliography*. Ottawa: Minister of Supply and Services, 1988.

PEREIRA, C. A Política pública como caixa de pandora: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na Reforma Sanitária Brasileira, 1985-1989. *Dados*, 39(3): 1-49, 1996.

PETERSEN, A. Risk, governance and the New Public Health. *In*: PETERSEN, A. & BUNTON, R. (Eds.). *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge, 1997.

PETERSEN, A. & LUPTON, D. *The New Public Health: health and self in the age of risk*. London: Sage, 1996.

PICKSTONE, J. V. *Ways of Knowing: a new history of science, technology and medicine*. Chicago: University Chigago Press, 2001.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 341-360, 2001.

PINDER, L. The federal role in health promotion: art of the possible. *In*: PEDERSON, A.; O'NEILL, M. & ROOTMAN, I. *Health Promotion in Canada: provincial, national & international perspectives*. Toronto: W.B. Saunders Canada, 1994.

PINHEIRO, M. C. *Equidade em Saúde e as Conferências Nacionais de Saúde pós-Constituição Federal de 1988*, 2003. Dissertação de Mestrado em Serviços de Saúde Pública, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

PINHEIRO, P. S. *Política e Trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

PIORE, M. Review of the handbook of economic sociology. *Journal of Economic Literature*, 34(2): 741-754, 1996.

PIRKER, R. & RAUCHENSCHWANDNTER, H. Sense of community: a fundamental concept of institutional economics. *Journal of Theoretical and Institutional Economics*, 154(2): 406-421, 1998.

POLANYI, K. *A Grande Transformação: as origens de nossa época*. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

POLLOCK, A. M. & PRICE, D. Market forces in public health. *The Lancet*, 359(9.315): 1.363-1.364, 2002.

PORTER, D. *The History of Public Health and the Modern State*. Amsterdam: Editions Rodopi BV, 1994.

POWLES, J. W. Changes in disease patterns and related social trends. *Social Science and Medicine*, 35: 377-387, 1992.

PRATTEN, S. The nature of transaction economics. *Journal of Economic Issues*, 31(3): 781-804, 1997.

QUEIROZ, M. de S. & VIANNA, A. L. Padrão de política estatal em saúde e o sistema de assistência médica no Brasil atual. *Revista de Saúde Pública*, 26(2): 132-140, 1992.

RAPHAEL, D. & BRYANT, T. The limitations of population health as a model for a new public health. *Health Promotion International*, 17(2): 189-199, 2002.

RATNER, B. D. Equity, efficiency, and identity: grounding the debate over population and sustainability. *Population Research and Policy Review*, 23(1): 55-71, 2004.

REARDON, J. An institutionalist critique of the Bush administration's energy policy. *Journal of Economics Issues*, 38(2): 449-457, 2004.

REISMAN, D. Adam Smith on market and state. *Journal of Institutional and Theoretical Economics*, 154(2): 357-384, 1998.

RENAUD, M. Les québécoises de la santé ou les aventures d'un état narcissique. *In*: BOZZINI, L. *et al.* (Eds.). *Medicine et Societé, les Années 80*. Montreal: Éditions Cooperatives Albert Saint-Martin, 1981.

RIBEIRO, J. M. Arranjos neocorporativos e defesa de interesses dos médicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(1): 5-20, 1993.

RIGER, S. What's wrong with empowerment? *American Journal of Community Psychology*, 21: 279-292, 1993.

RIGHI, L. B. *Poder Local e Inovação no SUS: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul*, 2002. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

RISI, J. B. J. Comentários sobre o desenvolvimento das informações em saúde no Brasil. Debatedores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4): 634-636, 2002.

ROCHA, D. G. O M*ovimento da Promoção da Saúde na Década de 1990: um estudo do seu desenvolvimento e difusão na Saúde Pública brasileira*, 2001. Tese de Doutorado na Área de Concentração de Serviços de Saúde Pública, São Paulo: Departamento de Serviço de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

ROOTMAN, I. & O'NEILL, M. Developing knowledge for health promotion. *In*: PEDERSON, A.; O'NEILL, M. & ROOTMAN, I. (Eds.). *Health Promotion in Canada: provincial, national & international perspectives*. Toronto: W. B. Saunders Canada, 1994.

ROOTMAN, I. & RAEBURN, J. The concept of health. *In*: PEDERSON, A.; O'NEILL, M. & ROOTMAN, I. (Eds.). *Health Promotion in Canada: provincial, national & international perspectives*. Toronto: W.B. Saunders Canada, 1994.

ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec, 1994.

ROSEN, S. Austrian and neoclassical economics: any gains from trade? *Journal of Economic Perspectives*, 11(4): 139-152, 1997.

RUGER, J. P. Ethics of the social determinants of health. *The Lancet*, 364(439): 1.092-1.097, 2004.

RUTHERFORD, M. *Institutions in Economics: the old and the new institutionalism*. New York: Cambridge University Press, 1994.

RUTHERFORD, M. Institutional economics: then and now. *Journal of Economic Perspectives*, 15(3): 173-194, 2001.

SABEL, C. Learning by monitoring: the institutions of economic development. *In*: SMELSER, N. & SWEDBERG, R. (Eds.). *The Handbook of Economic Sociology*. Princeton: Princeton University Press, 1994.

SANTOS, W. G. dos. O futuro da Era Vargas: o nascimento de um Estado-Nação. *In*: SANTOS, SANTOS, W. G. dos. (Org.). *O Ex-Leviatã Brasileiro: do voto disperso ao clientelismo concentrado*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

SCHERER. E. F. *Classes Populares e Ampliação da Cidadania: serviço social e sociedade*. São Paulo: Cortez, 1987. v. 23.

SCHMIDT, B. V. O Estado e a imaginação sociológica. *Revista Política Comparada*, ano III(1): 103-115, 1999.

SCHRAMM, F. R. Da bioética privada à bioética pública. *In*: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e Democracia: a luta do Cebes.* São Paulo: Lemos, 1997.

SCHRAMM, J. M. A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4): 897-908, 2004.

SCHUMPETER, J. *History of Economic Analysis*. New York: Oxford University Press, 1954.

SEEDHOUSE, D. *Health Promotion: philosophy, prejudice and practice*. London: John Wiley & Sons, 2000.

SEN, A. *Development as Freedom.* New York: Knopf, 1999.

SERRANO, M. M. & LEMOS, M. do S. A promoção da saúde, a qualidade de vida e a saúde ambiental. *Revista da Saúde*, 4, ano IV: 48-49, 2003a.

SERRANO, M. M. & LEMOS, M. do S. Reforma sanitária e promoção da saúde: uma possibilidade emancipatória. *In*: CONGRESSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE, 2003b, Rio de Janeiro.

SFEZ, L. *La Santé Parfaite. Critique d'une nouvelle utopie*. Paris: Éditions du Senil, 1995.

SHUTE, L. *A Social Economics for the Twenty-First Century*. New York: St Martin's Press, 1997.

SINGER, P. *A Crise do Milagre*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

SJÖSTRAND, S. The socioeconomic institutions of organizing: origin, emergence and reproduction. *The Journal of Socio-Economics*, 22(4): 323-352, 1993.

SMELSER, N. The rational choice perspective: a theoretical assessment. *Rationality and Society*, 4(4): 381, 1992.

SOLOW, R. Commentary. *In*: SWEDBERG, R. (Ed.). *Economics and Sociology: redefining their boundaries – conversations with economists and sociologists*. Princeton: Princeton University Press, 1990.

SONIS, A. Atención de la Salud. *In*: SONIS, A. *et al.* (Orgs.). *Medicina Sanitaria y Administración de Salud.* 2. ed. Buenos Aires: Librería El Ateneo Editorial, 1983. Tomo II.

SPLANE, R. Further reflections: 1975-1986. *In*: YELAGA, S. (Ed.). *Canadian Social Policy*. Waterloo: Wilfrid Laurier University Press, s.d.

SPULBER, D. Market microstructure and intermediation. *Journal of Economic Perspectives*, 10(3): 135-152, 1996.

STANFIELD, R. The scope, method and significance of original institutional economics. *Journal of Economic Issues*, 33(2): 230-255, 1999.

STARFIELD, B. Medición de los logros de la atención primaria. *In*: ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD (OPAS). *Investigaciones sobre Servicios de Salud: una antología*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1992. (Publicación Científica, n. 534).

STARFIELD, B. Primary care. *Journal Ambulatory Care Management*, 16(4): 27-37, 1993.

STARFIELD, B. Primary care: is it essential? *The Lancet*, 344: 1.129-1.133, 1994.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002a.

STARFIELD, B. Sistemas de atenção primária em nações ocidentais industrializadas. *In*: STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002b.

STEIN, J. How institutions learn: a socio-cognitive perspective. *Journal of Economic Issues*, 31(3): 729-740, 1997.

STRETTON, H. & ORCHARD, L. *Public Goods, Public Enterprise and Public Choice*. Basingstoke: Macmillan, 1994.

SUSSMAN, O. Language and contract. *Journal of Theoretical and Institutional Economics*, 154(2): 384-405, 1998.

SWALES, J. D. Science in a health service. *The Lancet*, 349(9.061): 1.319-1.321, 1997.

SWEDBERG, R. *Max Weber and the Idea of Economic Sociology.* Princeton: Princeton University Press, 1998.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no SUS: desafios e perspectivas. *In*: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: CEPS-ISC/UFBA, 2002.

TEIXEIRA, C. F. Determinantes do desempenho institucional do SUS municipal: controle de gestão ou capacidade de governo? Debatedores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 346-369, 2003.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoria de la salud. *In*: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promoción de la Salud: una antología.* Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1996. (Publicación Científica, n. 557)

TESH, S. *Hidden Arguments: political ideology and disease prevention policy*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1988.

TESTA, M. Atención primaria o primitiva de salud? Rio de Janeiro, 1984. (Mimeo.)

THOMPSON, T. *The Impact of the New WTO policies on the Canadian National Health System*, 2003. PhD Thesis, Baltimore: Johns Hopkins University.

TILMAN, R. The neoinstrumental theory of democracy. *In*: TOOL, M. (Ed.). *Evolutionary Economics*. New York: M. E. Sharpe, 1988. v. 1

TONES, K. & TILFORD, S. *Health Education: effectiveness, efficiency and equity*. 2. ed. London: Chapman and Hall, 1994.

TOYE, J. Is there a neo political economy of development? *In*: COLCLOUGH, C. & MANOR, J. (Eds.). *States or Markets? Neo-liberalism and the development of policy debate.* Oxford: Oxford University Press, 1991.

TREBBING, H. M. Assessing deregulation: the clash between promise and reality. *Journal of Economic Issues*, 38(1): 1-27, 2004.

TREBILCOCK, M. *The Limits of Freedom of Contract*. Cambridge: Harvard University Press, 1993.

UNITED NATIONS MILLENNIUM PROJECT. Task Force on Science, Technology and Innovation. *Innovation: applying knowledge in development*. London, Sterling: Earthscan, 2005.

UNITED NATIONS MILLENNIUM DECLARATION. Resolution 55/2, 8 set. 2000. Disponível em: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>. Acesso em: 12 jul. 2005.

VAYDA, E. Preventive programs and the political process. *Modern Medicine in Canada*, 32: 260-264, 1977.

VEBLEN, T. *A Teoria da Classe Ociosa.* São Paulo: Abril, 1982. (Coleção Os Economistas)

VIACAVA, F. Health information: the relevance of health surveys. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4): 607-621, 2002.

VIALE, G. An intriguing fragment of pre-hippocratic medicine in aeschylus. *Neurosurgery*, 55(4): 761-766, 2004.

VIANA, S. M. *et al. Medindo as Desigualdades em Saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

VIANNA, M. L. W. *Liberalismo e Sindicato no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

VIEIRA, L. Notas sobre o conceito de cidadania. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, 51: 35-48, 2001.

VIRA, B. The political coase theorem: identifying differences between neoclassical and critical institutionalism. *Journal of Economic Issues*, 31(2): 761-780, 1998.

WALZER, M. The civil society argument. *In*: MOUFFE, C. (Ed.). *Dimensions of Radical Democracy*. Verso: Londres, 1992.

WARNER, J. H. Recent history: books, journal, new media. *Jama*, 281(23): 2.251-2.252, 1999.

WATSON, R. T. *et al. Protecting our Planet Securing our Future: linkages among global environmental issues and human needs*. Washington: Unep, Usnasa, World Bank, 1998.

WATT, A. & RODMELL, S. Community involvement in health promotion: progress or panacea? *Health Promotion International*, 2: 359-368, 1988.

WATTS, S. *Epidemics in History: disease, power and imperialism*. New Havan: Yale University Press, 1997.

WEBER, M. *Economy and Society: an outline of interpretative Sociology.* New York: Bedminster Press, 1968.

WEBER, M. *Roscher and Knies: the logical problems of historical economics*. New York: Free Press, 1975.

WEFFORT, F. C. Origens do sindicalismo populista no Brasil (A conjuntura do após-guerra). *Estudos CEBRAP*, (4): 71, 1973.

WEFFORT, F. C. Os sindicatos na política (Brasil 1955-1964). *Ensaios de Opinião*, 7, 1978.

WEISS, L. *The Myth of the Powerless State*. Cambridge: Polity Press, 1998.

WESTFALL, M. F. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1): 39-52, 2000.

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G. & EVANS, T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *The Lancet*, 358(9.284): 833-836, 2001.

WIKIPEDIA ENGLISH. Free Encyclopedia, 2006. Disponível em: <http://en.wikipedia.org/wiki/Main_Page>.

WILLIAMSON, O. *Markets and Hierarchies: analysis and antitrust implications – a study in the economics of internal organization*. New York: Free Press, 1975.

WILLIAMSON, O. *The Economic Institutions of Capitalism: firms, markets, relational contracting.* New York: Free Press, 1985.

WILLIAMSON, O. Comparative economic organization: the analysis of discrete structural alternatives. *Administrative Science Quarterly*, 36: 269-297, 1991.

WILLIAMSON, O. Transaction costs economics and organization theory. *In*: SMELSER, N. & SWEDBERG, R. (Eds.). *The Handbook of Economic Sociology.* Princeton: Princeton University Press, 1994.

WOO-CUMINGS, M. (Ed.). *The Developmental State*. Ithaca: Cornell University Press, 1999.

WORLD BANK. *The State in a Changing World: world development report 1997*. Oxford: Oxford University Press, 1997.

WORLD BANK. World development report 2004: making services work for poor people, set. 2003. Disponível em: <http://web.worldbank.org/external/default/main?menuPK=4...>. Acesso em: 12 jul. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Health Promotion: a discussion document on the concept and principles*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1984.

WHITEHEAD, M. *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Copenhagen: Regional Office for Europe/WHO, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva: WHO, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *Declaration of Alma-Ata.* Alma-Ata: WHO, 1978

WORLD TRADE ORGANISATION. The doha development agenda, s.d. Disponível em: <http://www.wto.org>. Acesso em: 16 abr. 2002 .

YEAGER, L. Austrian economics, neoclassicism, and the market test. *Journal of Economic Perspectives*, 11(4): 153-166, 1997.

ZAFIROVSKI, M. Orthodoxy and heterodoxy in analyzing institutions: original and new institutional economics reexamined. *International Journal of Social Economics*, 30(7/8): 798-826, 2003.

ZANCAN, L. & ADESSE, L. Informe sobre a cooperação Brasil-Canadá em promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3): 739-744, 2004. (Projeto Ações Intersetoriais para a Saúde).

ZELMER, J.; VIRANI, S. & ALVAREZ, R. Recent developments in health information: an international perspective. *In*: NATIONAL COMMITTEE FOR VITAL AND HEALTH STATISTICS. Developing the 21st Century Vision for Health Statistics, Atlanta, 1999. Disponível em : <www.ncvhs.hhs.gov/hsvision/visiondocuments.html>. Acesso em: 08 mar. 2006.

ZIMMER, A. & TOEPLER, S. The subsidized muse: government and the arts in Western Europe and the United States. *Journal of Cultural Economics*, 23(1-2): 33-49, 1999.